

392/3  
1924

გამოცემის წელი პირველი

საგუბ. ფუნქციონირება



# თანამედროვე

# მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

**№ 3**

ს ე მ ტ ე მ ბ ე რ ი

1924

ცდილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიუმის გამოცემა

ც დ ი ლ ი ს ი

## თანამედროვე მედიცინა.

### I. ორიგინალური წერილები.

1. პ. ნანეიშვილი. პარატიფური—მ მენინგიტების კაზუსტიკისათვის.
2. მ. კილოსანიძე. თანდაყოლილი ამოვარდნილობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში და მისი წამლობა.
3. გ. ლ. ხეჩინაშვილი. მრავლობითი ეხინოკოკის ერთი შემთხვევა.
4. ნ. რუხაძე. მალარია სოფელ უდეში.
5. ვ. მუსხელიშვილი. თვალის სნეულებათა კლინიკები.

### II. მიმოხილვები.

### III. რეფერატები.

### IV. ქრონიკა.

## Thanamedrové medicina

(Médecine contemporaine).

1. P. Naneichvili—Pour la casuistique des meningites paratyphique—B.
2. M. Kilosanidze—La luxation congénitale d'articulation coxo-femorale et la traitement.
3. G. Chetchinachvili—Un cas d'échinocoques multiples.
4. N. Rouchadze—Le paludisme dans la village d'Oudée.
5. W. Mouschelichvili—Les cliniques de maladie des yeux.

## ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

## „თანამედროვე მედიცინა“

გამოდის ყოველთვიურად ა. წ. ივლისიდან.

№ 1—2. შინაარსი: 1. პროფ. ი. ბერიტაშვილი. კუნთის შეკუმშვა და მის წარმოშობა, 2. ი. ასლანიშვილი. ენდემიური ჩიყვი საქართველოში, 3. შ. მიქელაძე. Sprue საქართველოში, 4. მ. არჯვენიძე. ორსულობის ამოსაცნობი Kamnitzer-ის და Ioseph-ის რეაქცია, 5. ე. ზაქარაია. ხორხის ექსტირპაციის მასალები-სათვის, 6. ა. ჯავრიშვილი. მჭამელა, (Lupus Vulgaris) და მისი სხვადასხვა ფორმები, 7. ნ. რუხაძე. Anopheles აბასთუმანში, 8. ა. წულუკიძე. გაანალგაზდავის საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა.

მიმოხილვები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, ქრონიკა.

რედაქციის მისამართი: ტფილისი, ყორღანოვის ქ. № 20.

რედაქციის მდივნის ნახვა ყოველდღე 3 ს.—5 ს.

ჟურნალის რედაქცია: ზ. მაიხურაძე, მ. მგალობლიშვილი, შ. მიქელაძე,  
პ. ქავთარაძე და ნ. ყიფშიძე.

61(05)  
თ-20.

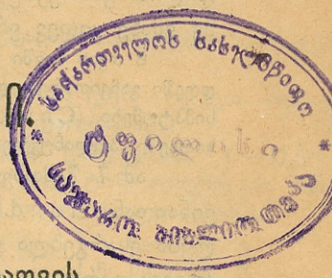


I

მრიბინალური წერილები

პ. ნანეიშვილი  
კლინიკის ორდინატორი.

33  
1924/3



პარატიფური—B მენინგიტების კაზუსტიკისათვის.

(ტფილისის უნივერსიტეტის ბავშთა სნეულების კლინიკიდან. გამგე  
პროფ. ს. გოგითიძე).

ამ უკანასკნელ დროს საბავშვო კლინიკაში ჩვენ გვყავდა შემთხვევა პარატიფი—B-სი. ავადმყოფის უკანასკნელ დღეებში ეს შემთხვევა გართულდა მენინგიტით, რომელიც, როგორც დაამტკიცა შესაფერ ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევამ, იყო გამოწვეული იმავე Paratyphus-B ბაქტერიებით.

Walterhöfer-ი\*) 1917 წ-ში აგვიწერს ამნაირივე შემთხვევას პარატიფური—B მენინგიტისა „Ein Fall von Paratyphus—B Meningitis“.

ამ ავტორის შემთხვევა შეეხება 20 წლის ჯარის კაცს, რომელიც გახდა ავად ტიპიური Paratyphus—B-თი. 24 დღეს ქონდა სიცხე, განავალიდან და სისხლიდან რამოდენიმეჯერ გამოუყვიათ ბაქტერიები paratyphus—B-სი. სიცხის დავარდნის შემდეგ, როცა არც სისხლში და აღარც განავალში აღარ მოიპოვებოდა ბაქტერიები, ავადმყოფი 7 დღეს გრძნობდა თავს კარგად. მერვე დღეს სიცხე უეცრად აუწვია, დაუწყო პირის ღებინება, განვითარდა კერნის სიმპტომი, კეფის გაშვება. ერთი სიტყვით, მთელი სურათი მენინგიტისა. ხერხემლის პუნჯციით მიუღიათ ჩირქი, რომელშიც აღმოჩენილა paratyphus—B-ს ბაქტერიები. იმავე დროს სისხლში და განავალში ბაქტერიები აღარ ყოფილა. 10 დღის შემდეგ სიცხე დაეარდა და ავადმყოფი სრულებით მოიჩა.

1918 წ-ში Hundeshagen-ი\*\*) აქვეყნებს თავის „Ein Fall von Paratyphus—B Meningitis“ რომელიც ყოფილა მის დაკვირვების ქვეშ 1915 წ.

აქ სამი თვის ბავში გამხდარა ავად პარატიფით და სწორედ მას შემდეგ, როცა მესამე კვირაში სიცხე დაუწვია, ბავში მორჩენის გზაზე იდგა. მეოთხე კვირაში მოულოდნელად განვითარდა მენინგიტური მოვლენები. ხერხემლის პუნჯციით მიუღიათ ჩირქი, რომელშიც აღმოჩენილან ბაქტერიები paratyphus—B-სი. Hundeshagen-ის ბავში მომკვდარა.

გარდა ამ ორი შემთხვევისა ლიტერატურაში მოიძებნება კიდევ რამოდენიმე შემთხვევა პარატიფური—B მენინგიტისა. 1908 წ-ში აწერილია ორი შემთხვევა Arzt და Boese-ს\*\*\*) მიერ, რომლებიც შეეხება ბავშვებს 5 და 7 კვირისას. ორივე შემთხვევა ყოფილა ჩირქიანი მენინგიტი, გამოწვეული ბაქტერიებით paratyph—B-სი. ორივე ბავში გადაცვლილა. როგორც Hundeshagen-ის წერილში, ისე Hutinel-ის სახელმძღვანელოში გაკვრით არის ნახსენები ორი

\*) D. M. W. 1917. № 33.

\*\*) D. M. W. 1918. № 44.

\*\*\*) W. Rl. W. 1908. რეფ. Hutinel-ის «Les maladies des enfants» T. I.

შემთხვევა, რომლებიც აგრეთვე ძუძუმწოვრებს შეეხება. ეს შემთხვევებიც სიკვდილით გათავებულა. იმ ლიტერატურულ მასალაში, რომელიც ჩემს ხელთ იყო, მე ვნახე კიდევ ერთი შემთხვევა Gorter-ის \*).

8 თვის ბავში უფროდ გამზარა ავად პირის ღებინებით, სიცხით და ფალარათით. სამ დღეში განვითარებულა სრული სურათი მენინგიტისა. მესამე კვირაში ბავშვს ქონია ტეტანიური სიმპტომები (Chwostek, Trousseau, ტრიზმი). ხერხემლის არხიდან ამოღებულ სითხეში პოლინუკლეარები და ბაქტერიები Paratyphi—B-სი. მე 9 კვირაში ბავში მომკვდარა.

ამ 7 შემთხვევის მეტი მე არ შემხვდა ჩემთვის მისაწოდომ ლიტერატურაში. ვინაიდან Hundeshagen-ის 1918 წ. სტრასბურგში, სადაც მას ქონდა საშვალეება ესარგებლა უფრო დიდი ლიტერატურული მასალით, მოყავს მარტო 5 შემთხვევა გარდა თავისი შემთხვევისა, ჩვენ ნებას ვაძლევთ ჩვენს თავს ვიფიქროთ, რომ ყოველ შემთხვევაში პარატიფი—B მენინგიტი ძალიან იშვიათი ფორმა უნდა იყოს მენინგიტის და რაოდენობა აწერილ შემთხვევებისა არ უნდა აღემატებოდეს ჩვენ მიერ ლიტერატურიდან მოყვანილ შემთხვევებს. ლიტერატურული მიმოხილვა ჩვენ გვაჩვენებს, რომ თითქმის ყველა შემთხვევა შეეხება ძუძუმწოვრებს და არც ერთი მათგანი სიკვდილს არ გადაარჩენია. მხოლოდ Walterhöfer-ის აგვიწერს პირველად პარატიფურ—B-ს მენინგიტს მოზდილის ასაკში. ამ ავტორის ავადმყოფი სრულებით გაჯანსაღებული გასულა საავადმყოფოდან. როგორც იშვიათობა პარატიფურ—B მენინგიტისა, ისე ზოგიერთმა თავისებურებებმა ჩვენი შემთხვევისა გვაფიქრებია, რომ მეტი არ იქნება ჩვენი შემთხვევაც დაუმატოთ ლიტერატურაში გამოქვეყნებულ შემთხვევებს.

მომყავს ავადმყოფობის მოკლე ისტორია. არტავაზ არუთინოვი, 12 წლის, სომეხი, თერძის შვილი შემოვიდა კლინიკაში 17.IV 1923 წ. შემოსვლისას ბავშვის დედა უჩივდა სიცხეს, თავის ტკივილს და ყაბზობას.

გამზთარა ავად 8/IV, ერთბაშად გაუციებია, მიუცია სიცხე, პირველი ხუთი დღე ქონია ფალარათი მას მემრე დატყობია ყაბზობა.

ჩვენი ავადმყოფი მეორე ორსულობიდანაა. დაბადებულა საღი ბავში. დედას ერთი წელიწადი უქმევია ძუძუ. მე-VI თვიდან მიუცია დამატებითი კვება ჩაის და ნახმის (სუხარის) სახით. ფალარათი ქონია მარტო კბილების ამოჭრის დროს. პირველი კბილი ერთი წლისას ამოჭრია. ჯდომა დაუწყია თერთმეტი თვისას, სიარული ერთი წლისას და ორი თვისას. ორი წლის ბავშვს ადვილად გადაუტანია წითელა და ყივანა ხველა.

მამა 46 წლისაა, დედა 30-ს, ორივენი საღი არიან. ჩვენი ავადმყოფის გარდა მათ ჰყავთ ერთი უფროსი ქალი და ორი უმცროსი ვაჟი. ისინი ყველანი ჯანმრთელნი არიან.

St. pr. 18/IV. ტანის მოყვანილობა სწორი. წონა 25,5. ბავშვის ტანის სიმაღლე მძიმე მდგომარეობის გამო არ გაზომილა, მხოლოდ შესახედავათ მისი ხნისთვის დაბალი ტანისა მოჩანს. თავის გარშემოწერილობა 52, გულმკერდის 66, მუცლის 63. კანი და ლორწოვანი გარსები მკრთალი ვარდის ფერის არიან, კანის მოქნილობა ნორმულია. კანქვეშა ცნიმოვანი ქსოვილი საშვალეო განვითარებისაა, კუნთებიც საშვალოდ არიან განვითარებული. ძვლებს არავითარი პათოლოგიური ცვლილებები არ ემჩნევა. სახსრების ფორმა, სიდიდე და მოძრაობა ნორმულია. მყესების რეფლექსები—ნორმა. გძნობიერება პრ არის აშლილი.

მადა არა აქვს. ენა თეთრად არის გადაკარული, მშრალია, მუცელი ოდნავ წამოზერილია, ღრმა პალპაცია იძლევა მტკივანობას მარჯვენა თქვის არეში. ორი დღეა სრულებით გარედ არ გასულა.

\*) ეს შემთხვევა ყოფილა გამოქვეყნებული 1911 წ. «Arch. des Maladies des enfants» მე იძულებული დავჩიხი დავკამაყოფილიყავი მოკლე რეფერატით, რომელიც ამ შემთხვევის შესახებ დაბეჭდილია იმავე წლის «Jahrbuch für Kinderheilkunde»-ში.

პარატიფური—B მენინგიტების კაზუსტიკისათვის.

T<sup>0</sup>—38,9°. P—98 საშვალო გავსების.

გულის საზღვრები ნორმა, ტონები მოდუნებულია.

R.—22. სწორი და ღრმა. პერკუსიით და აუსკულტაციით ფილტვებში ცვლილება არაა შემჩნეული.

შარდი ყვითელი ფერის, გამსკვირვალე, ხვედრითი წონა 1,010. რეაქცია ოდნავ მკავე. ცილა და ნაღველის პიგმენტები არარის. დიაზორეაქცია უარყოფითია.

20/IV Widal's რეაქცია—Eberth-ის ბაცილზე უარყოფითია. T<sup>0</sup>—37,5°—39,5° P.—90'—100'. გულის ტონები ძალიან მოდუნებული. პირველი ტონი თითქმის არ ისმის. გარედ გადის მარტო ოყნის საშვალეებით. 27/IV Widal's რეაქცია დადებითია

1 : 360 } b. paratyph. A.  
                  } b. paratyph. B.

4/V T<sup>0</sup>—37,2°—39°. P.—122; ენა მშრალი, თეთრით გადაკრული, მუცელი გაბერილი. ცხვირიდან სისხლის დენა დაუწყო. დაუწყო ხველება. ფილტვებში აქა იქ ხმელი ხიხინი.

8/V T<sup>0</sup>—38,5°—37,5°. P.—128, ძალიან სუსტი. ქონდა ნაწლავებიდან სისხლის დენა ბავეში ძალიან დასუსტდა. Widal's რეაქცია 1 : 480 b. Typhi Eberth. 9/V გარედ გავდა ოყნით. განაეალს ძალიან ცოტა სისხლი გამოჰყვა.

ამის მემრე როგორც ჩანს შემდეგი დაკვირვებიდან ნაწლავებიდან სისხლის დენა არ ქონია.

12/V საერთო მდგომარეობა ისეთივეა. შარდი წითელი ფერის; ნალექში აუარებელი შეუცვლელი სისხლის ბურთულები.

13/V უკვე შარდში სისხლი აღარ იყო.

18/V, 38,7°—39°. P.—132, R—32'. ენა სველია. ოდნავ თეთრით გადაკრული. ფილტვებში ხიხინი ნაკლებათ ისმის, გავდა გარედ უოყნით.

26/V, T—37°—37,7°, P—124, R.—20; ენა სველი, ოდნავ თეთრით მოდებული. მუცელი შებერილი აღარ არის. გავიდა გარედ ეროხელ. კანზე—მეტადრე ხელებზე და ფეხებზე ემჩნევა წერტილისებრი—პეტეხიები.

27/V, 37°—36,8°. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, მაგრამ წერტილისებრი სისხლის ჩაქცევამ კანზე იმატა.

25/V, 37°—39,4°. საღამოს სიტყე უეცრად აწვივა.

29/V, 38, 8°—39,6°. P—120' R—24'. გულის ტონები ძალიან მოდუნებულია; არ გასულა. მუცელი ჩავარდნილი აქვს. პეტეხიების რიცხვი მომატებულია, მეტადრე ბარწყაყებზე. მომეტებული გრძობიერება მთელ ტანზე ყოველი ხელის მოკიდება დიდ წუხილს იწვევს (ჰიპერესტეზია).

30/V, 39,5°—39,6 საერთო ჰიპერესტეზია. ბოდავს. ოდნავ კეფის გაშეშება. К е р и н г 'ის სიმპტომი ოდნავ არის გამოხატული მარჯვენა ფეხზე, მარცხენაზე სრულებით არ აქვს. გარე არ გასულა. მუცელი ჩავარდნილი აქვს. პუნკციით Q u i n c k e 'ს წესით სითხე არ მიგვიღია სრულებით. საინტერესოა, რომ როცა პუნკციისათვის კანს ვასუფდავებდით, გასუფთავებულ ადგილზე გაჩდა ბლომად პეტეხიები.

31/V, 39°—39,6°. P—128, ძლიერ სუსტი. ქონდა ერთხელ პირის ლებინება. თვალის გუგები გაფართოებულია, მუცელი ჩავარდნილი. გარე გასულა ოყნით. ძლიერ დასუსტებულია, ბოდავს, ცნობიერება არეული აქვს. კეფის გაშეშება დღეს უფრო ცხადია. К е р и н გ 'ი ც ო რ ი ე ვ ფეხზე კარგად აქვს განვითარებული.

1/VI, 38,6. პულსი არ ითვლება, გულის ტონები ძალიან მოდუნებულია, საერთო მდგომარეობა ისეთივეა. ხერხემლის პუნკციით ჯერ ვერაფერი მივიღეთ. მხოლოდ როცა ხერხემლის არეში შპრიცით შევიყვანეთ ოთხი კ. ს. ფიზიოლოგიურ ხსნარისა, გამოვიდა თავის თავად 25 კ. ს.—დე სქელი ჩირქიანი სითხე. მიკროსკოპიულად ამ სითხეში აღმოჩნდა გარდა აუარებელი ჩირქოვანი ბურთულებისა, ბევრი მოძრავი ბაქტერიები, რომელიც შესაფერი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ აღმოჩნდნენ bacilli paratyphi—B.\*).

\* ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა აწარმოვა ექ. ი. ხათრიძემ, რისთვისაც მას დიდ მადლობას ვუძღვნი.

სლამოს ექვს საათზე ავადმყოფი გადაიცივალა. სამწუხაროდ გაკვეთა არ მოხერხდა. მშობლებმა არ დაგვრთო ნება.

პირველი საკითხი, რომელიც იბადება ამ ავადმყოფის მოკლე ისტორიასთან გაცნობის დროს, შეეხება ძირითადი სნეულების დიაგნოზს. უმეტეს ნაწილად Widal-ის რეაქცია, როგორც ვიციტ, ზოგიერთი შესწორებებით სავსებით სწვევტს მუცლის ტიფს და პარატიფებს შორის დიფერენც. დიაგნოზის საკითხს. ჩვენ შემთხვევაში Widal-ი საკითხს ვერ გადაგვიწყვეტს, თუ გვიხსენებთ, რომ ჩვენ ავადმყოფს 27/IV აღმოაჩნდა დადებითი

1: 360 } Paratyph. A.  
 } Paratyph. B.

8/V კი 1: 480 } b. Typhi Eberth-ისაზე.

თუ მარტო რეაქციას დავეყრდნობით, ჩვენ უნდა ვიფიქროთ, რომ, ჩვენი ართავაზი ერთ და იმავე დროს იყო ავად Paratyphus A, B და ნამდვილი მუცლის ტიფით კიდევ. ამისთანა ერთდროული ინფექცია არ არის შეუძლებელი, მაგრამ ეს უფრო ხშირია ომში, სამხედრო ფრონტზე, სადაც შედარებით პატარა მანძილზე, გადახლართულია ყოველგვარი ინფექცია, და ძალიან იშვიათია ჩვეულებრივ პირობებში.\*) გარდა ამისა ჩვენ ვიციტ, რომ ხანდახან, უფრო მაშინ, როცა ავადმყოფობა მძიმეთ ეკიდება თავის მსხვერპლს, კოაგულუტინინები უფრო მაღალი ტიტრით წებავენ შესაფერ ბაქტერიებს, ვინემ ნამდვილი ავგლუტინინები სენის გამომწვევ ბაქტერიებს, მაგალითად Hirschbruck-ს\*\*) აუწერია შემთხვევა, როცა შრატი ავადმყოფისა, რომლის სისხლიდან გამოყოფილი იყო b. t. Eberth-ისა, ახდენდა ავგლუტინაციას b. t. Eberth-ისაზე 1: 50; b. paratyphi—A-ზე კი 1: 200.

ამგვარი ჯგუფური ავგლუტინაციის დროს Падлевский გვიჩვენებს ვაწარმოვით გამოკვლევა Castellani-ს მეთოდით. Kolle und Hetsch-ის აზრით კი ხანდახან ამისთანა შემთხვევებში ვერც Castellani-ს მეთოდი სწვევტს საკითხს. გადამწყვეტ მნიშვნელობას ისინი აძლევენ მარტო სისხლიდან გამოყოფას შესაფერი ბაქტერიებისა. ჩვენ არ გვიცდია სისხლიდან ბაქტერიების გამოყოფა, მაგრამ მოყვანილი მოსაზრებების შემდეგ, რომლებიც საექვით ქმნიან ჩვენ შემთხვევაში ერთდროულ ინფექციას სამივე ტიფით (paratyph. A. B. და typhus abdominalis), ჩვენ ვფიქრობთ, ვიქნებით სინამდვილესთან უფრო ახლოს, თუ მივიღებთ, რომ ჩვენ ავადმყოფს ჰქონდა მარტო პარატიფი—B, მით უმეტეს, რომ ც.-სპინალურ პუნქციით მიღებულ ჩირჭში მასა აღმოაჩნდა მარტო წმიდა კულტურა b. paratyphi—B—სი. თუ ეს ასეა, მაშინ აღსანიშნავია ჩვენს შემთხვევაში ძალიან მკვეთრად გამოხატული ჯგუფური ავგლუტინაცია, რომლის გამო შეუძლებელი შეიქნა Widal-ის რეაქციით სარგებლობა დიფერენციალური დიაგნოზისათვის მუცლის ტიფსა და პარატიფებს შორის. ჩვენისთანა შემთხვე-

\*) Kolle und Hetsch „Die experimentelle Bacteriologie und Infektionskrankheiten“ გამ. 1922 წ.

\*\*) ციტატა მომყავს Падлевский-ს წერილიდან „Брюшной тиф“. Микробиология Тарасевича. т. II 1913 г.

ვებში, უსათუოდ გამოკვლეული უნდა იყოს სისხლი ბაქტერიოლოგიურად, რაც ჩვენ სამწუხაროდ, ტექნიკური დაბრკოლებების გამო, ვერ შევასრულეთ. რომ კიდევაც დავტოვოთ ღიათ საკითხი იმის შესახებ, იყო ჩვენ შემთხვევაში შერეული ინფექცია, თუ მარტო პარატიფი B, ავადმყოფობის მიმდინარეობაში ჩვენ აღნიშნეთ ერთი მოვლენა, რომელიც არ შეიძლება ჩაითვალოს ჩვეულებრივად არც პარატიფების და არც მუცლის ტიფის დროს. ჩვენ სახეში გვაქვს მკაფიოდ გამოხატული ჰემორაგიული დიათეზი, რომელიც ალბათ იყო მიზეზი სისხლის დენისა ცხვირიდან  $4/V$ , ნიწლაგებიდან  $8/V$  დი საშარდე ორგანოებიდან  $12/V$ , აგრეთვე იმ პეტეხიებისა, რომლებიც ასე ბლომად განვითარდნენ კანზედ  $26/V$ . ჩვენ ვფიქრობთ, რომ გვაქვს ერთგვარი საბუთი დაუშვათ, რომ კანში პეტეხიები და ნაწლაგებიდან და საშარდე ორგანოებიდან სისხლის დენა ჩვენ შემთხვევაში არის ერთი და იმავე რიგის მოვლენა. ისტორიაში აღნიშნული უეცარი შეწყვეტა სისხლის დენისა (შარდში უკვე მეორე დღეს აღარ იყო სისხლი), ძნელი გასაგები იქნებოდა, რომ ნაწლაგებში ან საშარდე ორგანოებში ყოფილიყო ადგილობრივი ანატომ. ცვლილებები (სისხლის მდენი იარები პირველ შემთხვევაში და ჰემორაგიული ნეფრიტი ან ცისტეტი მეორე შემთხვევაში.) უფრო მისაღებია, რომ სისხლის დენა, როგორც კანში, ისე შინაგანი ორგანოებიდან არის შედეგი ე. წ. ჰემორაგიული დიათეზისა, რომელიც განვითარდა ჩვენ შემთხვევაში ავადმყოფობის დროს, რადგან ანამნეზის მიხედვით ჩვენ არ გვაქვს უფლება ვიფიქროთ სხვანაირად. ჰემორაგიული დიათეზი ტიფის დროს აწერილია ჯერ კიდევ Henoch-ის მიერ 1874 წ. მის ბავშთა სნეულების სახელმძღვანელოში. 14 წლის ქალს მძიმე რეციდივებიანი ტიფის დროს განვითარდა ბლომად პეტეხიური ამონაყარი. ეს შემთხვევა იყო მძიმე, მაგრამ დამთავრდა სრული გამომთელებით. Hutinel-ის სახელმძღვანელოში აწერილია შემთხვევა პარატიფი—B—სი, სადაც ადგილი ჰქონდა სისხლის ჩაქცევას თითქმის ყველა ორგანოებში, რაც გაკვეთით დამტკიცებული იყო. საზოგადოთ არა ერთხელ ყოფილა აწერილი ანაირი საერთო ჰემორაგიები მუცლის ტიფის და პარატიფების დროს (Kaznelson, Henoch, Снежков, Георгиевский). Hutinel-ი კი ფიქრობს, რომ პარატიფი—B-ს დროს უფრო ხშირია ასეთი ჰემორაგიები. აქვე უნდა ვთქვათ, რომ, თუმცა აღნიშნული გართულება უფრო ხშირად მძიმე ტიფის დროს ხდება, მაგრამ მაინც არ ჰყოფს ავადმყოფის ბედს უიშედოთ. როგორც Henoch-ის, ისე სხვების შემთხვევა დამთავრებულა გამომთელებით. Paul Kaznelson-ის \*) მოჰყავს სამი შემთხვევა ამგვარი ტიფური ჰემორაგიულ დიათეზისა, რომელთაგანაც ერთი გათავებულა სრული გამომთელებით. P. Kaznelson-ი ჰემორაგიულ დიათეზს თავის შემთხვევებში უკავშირებს თრომბოციტების რიცხვის დაქვეითებას, რომელიც არის აღნიშნული მის მიერ მოყვანილ ავადმყოფების ისტორიაში. პირველ შემთხვევაში ნორმალური 200,000 მაგივრად კუბიკურ მილიმეტრში მარტო 14,000 თრომბოციტი აღმოჩნდა.

მეორე შემთხვევაში—18,100 თრომბოციტი აღმოჩნდა. მესამე შემთხვევაში 29/VI 17.900 თრომბოციტი. ამ დღის შემდეგ ახალი ჰემორაგიები აღარ ყოფი-

\*) Paul Kaznelson „Zur Pathogenese des hemorragischen Typhus“ D. M. W. 1918 წ.

ლა. 2/VII—47,400 თრომბოციტი და 1<sup>1</sup>/VII კი—როცა სიცხე სრულებით აღარ ქონია ავადმყოფს, თრომბოციტების რიცხვი აწეულა 200,100.

ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ავტორი უსვამს ხაზს თრომბოციტების რიცხვის ზრდას ჰემორაგიების შეწყვეტის შემდეგ. ის ფიქრობს, რომ როგორც ზოგიერთი პირვანდელი ანემიების საფუძველში ძვეს ერიტროლიზი, რომელიც სწარმოებს უმთავრესად ელენთაში და ძვლის ტვინში, ისე თრომბოციტოლიზი, რომლის ადგილი აგრეთვე ელენთა არის, მისი აზრით უნდა იყოს თრომბოპენიების მიზეზი. ამგვარი მიზეზობრივი დამოკიდებულება თრომბოპენიასა და ჰემორაგიულ დიათეზს შუა უკვე დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს ავტორების მიერ morbus maculosus Werlhofii-ის ათვისის (Denys, Hayem, Benzau-de, Frank Fonio და სხვები).

აგრეთვე აღნიშნავს თავის Werlhofii-ის ავადმყოფობის იშვიათ შემთხვევაში თრომბოციტების ნაკლებობას ექიმი შ. მიქელაძე\*). Fonio-ის კი ისე საჭიროდ მიაჩნია ჰემორაგიული დიათეზის დროს რეგულარული თვლა თრომბოციტებისა, როგორც t<sup>1</sup>-ის ზომვა და პულსის თვლა ცხელებიან ავადმყოფისთვის, ან ჰემოგლობინის გამოკვლევა ქლოროზიანი ავადმყოფისათვის.

Sternberg-ი\*\*) კი M. maculosus Werlhofii-სას უწოდებს კიდევაც „die sogen. esentielle Trombopenie“.

Kaznelson-ის შემთხვევები ნათლად გვიჩვენებს, რომ ტიფიან ავადმყოფების ჰემორაგიული დიათეზიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს თრომბოპენიასთან. ამგვარივე თრომბოპენია დამტკიცებულია (Duke და სხვები) სხვადასხვა ინფექციების დროს, როცა მათ ართულებს ჰემორაგიული დიათეზი (ჰემორაგიული ყვავილი, დიფტერია, ტუბერკულოზი და სხვა). ჩვენ არ ვიცით იყო ჩვენ შემთხვევაში თრომბოპენია თუ არა, რადგან არ გვიწარმოებია სათანადო გამოკვლევა, მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში ზემოხსენებულს, შეიძლება, ჩვენს შემთხვევაში დაუშვათ მისი შესაძლებლობა. მაგრამ ჩვენს ავადმყოფის ისტორიაში არის აღნიშნული ერთი ფაქტი, რომელმაც შეიძლება უფრო რეალური ახსნა მოგვცეს ჰემორაგიული დიათეზისა ჩვენს შემთხვევაში. ც. ს. პუნკციისათვის, სპირტის ტამპონით კანის გასუფთავებამ გამოიწვია ჩვენს შემთხვევაში აუარებელი ქინძისთვის ოდენა პეტეხიები გასუფთავებულ ადგილზე. კანის გასუფთავება იმდენად უმტკივნეულო მანიპულაციაა, რომ არასოდეს არ იწვევს პეტეხიებს და თუ ჩვენს შემთხვევაში გამოიწვია, ალბად ამის მიზეზი სისხლის მილების სისუსტე, მათი გადაგვარება უნდა ყოფილიყო. სისხლის მილების კედლების გადაგვარება Glanzmann-ის აზრით ხდება იმის გამო, რომ სხვადასხვა ინფექციების შედეგად ვითარდება ნივთიერება, რომელიც მოქმედობს როგორც კაპილარული საწამლავი (Kapillargift). Hecker-ი ც\*\*\*)) ლაპარაკობს სხვადასხვა ტოქსიურ გავლენაზე (toxische Einwirkung) კაპილარების კედლებზე, რის გამოც უკანასკნელნი ხელს უწყობენ წითელი ბურთულების დიაპედეზს. ასე ანაირად, ჩვენს შემთხვევაში გვაქვს საფუძველი, ვიფიქროთ, უსათუოდ უნდა ყოფილიყო

\*) „ექიმი“ 1919 წ.

\*\*) Sternberg „Thrombocytische Purpura und aplastische Anemien“ D. M. W. 1923 წ.

\*\*\*) Pfandler „Handbuch der Kinderheilkunde“ B. II. 1910.





კაპილარების კედლების გადაგვარება და შესუსტება, შეიძლება ამ გარემოებას თან დაერთო სისხლის შედედების თვისების პათოლოგიური შეცვლა (ტრომბოპენია).

გადავდივარ მეორე საბედისწერო გართულებაზე ჩვენი პარატიფისა. ისტორიიდან ჩვენ ვიცით, რომ ავადმყოფობის მე 50-თ დღეზე, როცა ავადმყოფს როგორც იტყვიან, პირი მორჩენისაკენ უჩანდა, უცბად აუწია სიცხე, განუვითარდა ჰიპერესტეზიები, ყაბჯობა, ჩავარდნილი მუცელი, მერე მოემატა კეფის გაშეშება და კერნიგის სიმპტომი და ყველაზე გვიან პირისღებინება. ერთი სიტყვით, ჩვენ წინ იყო კლასიური მენინგიალური სიმპტომები. ჩვენ შეგვეძლო ეს მოვლენები მიგვეწერა ე. წ. მენინგიზმისთვის, ე. ი. მენინგიალური მოვლენებისთვის, რომლის საფუძველში არ არის ანატომიური ცვლილებები. ამგვარი მენინგიზმის მაგალითები ლიტერატურაში არა ერთხელ ყოფილან აწერილი სხვადასხვა ინფექციური ავადმყოფობის დროს, მაგრამ ჩვენ ისიც ვიცით, რომ ავტორების მენინგიზმი პათოლოგ—ანატომიურ მადიდაზე არა ერთხელ გადაქცეულა მენინგიტად. ამიტომ რადგან მენინგიტს და მენინგიზმს შორის დიფერენციაციისათვის ერთად ერთი საშვალეა არის ცერებრო—სპინალური პუნქცია, ჩვენც 30/V, გაუკეთეთ პუნქცია, მაგრამ სითხე ვერ მივიღეთ. ვინაიდან მენინგიალური მოვლენები კიდევ უფრო განვითარდნენ, პირველ პუნქციის გამოურკვეველმა შედეგმა არ დაგვაკმაყოფილა და 1/VI ხელახლავე გაუკეთეთ პუნქცია და ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანის შემდეგ მივიღეთ ჩირქი, რომელშიც აღმოჩნდა ბაქტერიები. ჩვენ დასაწყისში უკვე მოვიყვანეთ Paratyphus-B მენინგიტების შესახებ შესაფერი ლიტერატურა. გარდა Walterhöfer-ის ავადმყოფისა რომელიც 20 წლის იყო მე უკვე აღვნიშნე, რომ სხვა შემთხვევები, რომლებიც შემხედნენ ჩემს მისაწდომ ლიტერატურაში შეეხებოდნენ ძუძუმწოვრებს. ჩვენი ავადმყოფი 12 წლისაა. ამნაირად შეიძლება ის იყოს მეორე წარმომდგენელი Paratyphus-B მენინგიტისა შედარებით მოზრდილის ასაკში. გარდა ამისა მაშინ როცა ძუძუმწოვრებს უფრო ხშირად მენინგიალური მოვლენები ეწყებოდნენ ავადმყოფობის პირველ დღეებშივე, რისი მიზეზი შეიძლება იყოს ძუძუმწოვრების ზედმეტი ცნობილი მიდრეკილება ტვინის დაავადებისადმი (повышенная ранимость). ჩვენ შემთხვევაში მენინგიტი განვითარდა მას შემდეგ, როცა ავადმყოფს უკეთესობა ეტყობოდა, ავადმყოფობის მე 50 დღეზე. ამ მხრივ ჩვენი შემთხვევა უფრო Walterhöfer-ის შემთხვევას მოგვაგონებს. (მისი ავადმყოფი თითქმის მორჩენილი იყო. 7 დღე სიცხე სრულებით არ ქონია.) მაგრამ ჩვენ არ ვყოფილვართ Walterhöfer-ის ავით ბედნიერი: მისი ავადმყოფი მორჩა და Walterhöfer-ი უკავშირებს ამ მორჩენას ხშირად გაკეთებულ ცერებროსპინალურ პუნქციებს (ოთხჯერ ზედიზედ). ჩვენი ავადმყოფი კი გარდაიცვალა. მაგრამ თუ Walterhöfer-ის ავადმყოფს ქონდა მარტო 24 დღე სიცხე პარატიფის გამო და მერე 7 დღის დასვენების შემდეგ დაემართა მენინგიტი, ჩვენ შემთხვევაში ავადმყოფი იყო დასუსტებული 50 დღის თითქმის გამუდმებული სიცხით. ყოველ შემთხვევაში Walterhöfer-ის კარგი შედეგი გარდა პუნქციებისა უნდა მიეწეროს ნაწილობრივად მაინც იმ ფაქტს, რომ მოზრდილები მენინგოკოკურ მენინგიტსაც

უკეთესად იტანენ, ვინემ ჩვილი ბავშები. დასასრულ ჩვენ მიგვაჩნია საჭიროდ აღენიშნოთ, რომ სწორი დიაგნოზის დასმა შეესძლებოდა მარტო განმეორებით ხერხემლის პუნქციის საშვალებით, იგიც ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანით. პირველი პუნქციის გამოურკვეველმა შედეგმა შეგვაყოყმანა და თუ შეიძლება ასე ვთქვათ ინფექციურ მენინგიზმს საბუთი შემატა. მაგრამ ჩვენ დავინახეთ, რა შორს იყო ჩვენი შემთხვევა მენინგიზმიდან. თუ ანბანურ ქეშმარიტებად უნდა ჩაითვალოს ის აზრი, რომ პლევრიტის დროს მარტო რამდენიმეჯერ წარმოებულ პრევრალურ პუნქციას აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა, ეს დებულება უსათუოდ უნდა იყოს გავრცელებული ცერებრო-სპინალური პუნქციებზეც, მით უმეტეს, რომ თუ პლევრიტებისთვის ჩვენ გვაქვს ასე თუ ისე საიმედო ფიზიკური სიმპტომები, მენინგიტებისთვის ჩვენ მოკლებული ვართ ამგვარ სიმპტომებს. ჩვენ ვიცით რომ შეიძლება მკაფიოდ განვითარებულ კლასიურ მენინგიტალურ სიმპტომებს პათოლოგ—ანატომიურ მაგიდაზე მოჰყვეს მხოლოდ ტვინის აპკების ოდნავ შესამჩნევი ჰიპერემია. იმავე მაგიდაზე ვხედავთ კარგად განვითარებულ ჩირქიან მენინგიტს, როცა მარტო შორეული კლინიკური ნიშნები, ხანდახან შემჩნეველი, არსებობდა ავადმყოფის სიცოცხლის დროს:

Dupre \*), რომელმაც პირველად შემოიღო 1894 წ. ლიტერატურაში სიტყვა „მენინგიზმი“, როდესაც ლაპარაკობს დიფერენციალურ დიაგნოზის სიძნელეზე მენინგიზმსა და მენინგიტის შორის, მოჰყავს Laënnec-ის უკვდავი სიტყვები: “Même après avoir suivi avec soin toute la marche de la maladie l'observateur le plus exact et le plus instruit en anatomie pathologique devrait-il toujours, même dans les cas les plus évidents, annoncer l'alternative de l'existence de la maladie qu'il soupçonne ou d'un état d'intégrité parfaite dans l'organisation de la partie affectée \*\*).

პესიმიზმი ამ ბრძნული სიტყვების, რომლებიც თითქოს მენინგიტზე არიან ზეგამოჭრილი და რომლებსაც შეუძლია ექიმი სასოწარკვეთილობამდე მიიყვანოს, შეიძლება ძალიან განელდეს თუ საეჭვო შემთხვევებში, როგორც ზემოთ დავინახეთ, დაჟინებით წარმოებულ იქნება ც. სპინალური პუნქცია. ეს უკანასკნელი, თუ საჭირო აღმოჩნდება, უნდა გაკეთდეს განმეორებით და ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანით ხერხემლის არხში. ამ გზით ჩვენ უფრო მალე მივალთ სწორ დიაგნოზამდე, რომელიც ჩვენ საშვალებას მოგვცემს დროზე აღმოუჩინოთ ავადმყოფს შესაფერი დახმარება, და თუ მაინც მას დავკარგავთ, რამოდენიმე მაინც ავიცდნეთ პ.—ანატომიურ ინსტიტუტში (გაკვეთის დროს) მოულოდნელ სიურპრიზებს.

დასასრულ დიდ მადლობას ვუძღვნი ჩემ მასწავლებელს დიდად პატივცემულ პროფ. გოგოტიძეს ამ მუშაობის დაწერის დროს ხელმძღვანელობისათვის.

10. VII. 23.

\*) Dupre „Le meningisme“. Granchez და Comby's „Traité des maladies de l'enfance“, V.IV. 1905.

\*\*), „ჯერ მაშინაც კი, როდესაც პათოლოგიურ ანატომიაში კარგად დახელოვნებული და დაკვირვებული ექიმი გაატარებს მთელ ავადმყოფობას თავიდან ბოლომდის, საკითხია, აღმოაჩენს ის გაკვეთის დროს იმ ავადმყოფობას, რომელიც მას ქონდა მხედველობაში უწინ, თუ სრულ ხელშეუბღებლობას დაავადებული ნაწილისა.“

## მ. კილოსანიძე.

ქირურგიული განყოფილების უფროსი ასისტენტი.

### თანდაყოლილი ამოვარდნილობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში და მისი წამლობა.

(ტფილისის უნივერსიტეტის ბავშთა სნეულების კლინიკიდან გამგე—პროფ. ს. გოგიტიძე).

თანდაყოლილი ამოვარდნილობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში შეადგენს არა იშვიათ მოვლენას და საზოგადოთ უფრო ხშირია, ვიდრე ამოვარდნილობა სხვა სახსრებში. Hoffa's სტატისტიკიდან ჩანს, რომ ეს ამოვარდნილობა უდრის  $0,07\%$ ; ჩემი მასალის მიხედვით ეს ციფრი უნდა იყოს გამრავლებული სამჯერ საქართველოსთვის. აღიარებულია აგრეთვე აზრი, რომ ქალები შეიძლება ხშირად რიან დამახინჯებულნი ამ სნეულებით, ვიდრე ვაჟები. ამოვარდნილობა ერთ მხარეზე უფრო ხშირია, ვიდრე ორივე მხარეზე და მარცხენა მხარეზე მეტია, ვიდრე მარჯვენაზე. 23 ავადმყოფში იყო 20 ქალი და 3 ვაჟი; მარცხენა მხარე—19, მარჯვენა მხარე—2; ორივე მხარე—2. აქვე ისიც არის აღსანიშნავი, რომ ზოგიერთ ქვეყნებში ეს ამოვარდნილობა უფრო მეტად არის გავრცელებული, ვიდრე სხვაგან.

რაც შეეხება ეთიოლოგიას, უნდა ითქვას, რომ ამოვარდნილობის შესახებ გამოთქმულა ბევრი სხვადასხვა აზრი და თეორია. ბევრი მათგანი ეხლა ჩვენთვის საინტერესოა, როგორც ისტორიული მასალა. მაგალითად, აზრი, —ვითომდა ამოვარდნილობა ხდებოდას საშვილოსნოში დედის მუცლის ტრავმის გამო, ან კიდევ იმიტომ, რომ ბავშვს საშვილოსნოში მენჯ-ბარძაყის სახსრის ანთება ემართებოდას და ამიტომ ხდებოდას ტაბუხის თავის ამოვარდნა თავის ბუდიდან, —ამგვარი აზრი ეხლა მიუღებელია და დატოვებულია.

ყურადსაღებია მხოლოდ თეორია გამოთქმული Ammon's მიერ და შემუშავებული Grawitz's და Dollinger's მიერ.

Ammon's ამბობს, რომ თანდაყოლილი ამოვარდნილობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში ხდება იმიტომ, რომ ტაბუხის ბუდე ნაყოფის განვითარების დროს აღარ იზრდება იმდენად, რამდენადაც ეს საჭიროა ნორმალურად; ამიტომ ვხედავთ, რომ მისი ფორმა თევზს მიაგავს, სიღრმე არა აქვს და ამავე დროს გაზრდილი ტაბუხის თავისათვის ადგილი აღარაა, რომ შიგ ჩაჯდეს, როგორც ეს ხდება ნორმალურ პირობებში. ეს ესე იმიტომ ხდებაო, ამბობს Dollinger's, რომ იგრეკისებრი ხრტილი ადრეულად ძვალდებაო ტაბუხის ბუდეში. რომ ნამ-

დვილად ეს ესე არ არის ჩვენ Röntgen-ის სურათები გვიმტკიცებს—აქ ჩვენ ნათლად ვხედავთ რომ ხრტილი არ განიცდის დეგერენაციას.

Lorenz-ის, Schanz-ის და Hoffa-ს თეორიით ამოვარდნილობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში ხდება ნაყოფის ერთგვარ და თავისებურ მდებარეობით საშვილოსნოში.

Lorenz-ის აზრით დიდი ხნით მოკეცილი და მომზიდველი ბარძაყი საშვილოსნოში ჭიმავს თანდათან მენჯ-ბარძაყის სახსრის კაპსულას და შემდეგ კუნთების შეკუმშვის გამო და ტანის სიმძიმის გამო ტაბუხის თავი ადვილად გამოდის თავის ბუდიდან.

Schanz-ი ამ მოვლენას ხსნის იმითი, რომ ნაყოფის გარშემო სითხის ნაკლებობის გამო ამ მოკეცილ და მომზიდველ ბარძაყს აწვება საშვილოსნო, რაც უადვილებს ტაბუხის თავს ამოვარდნას ბუდიდან.

Hoffa კი ამ ზემომოყვანილ აზრს უმატებს იმას, რომ ტაბუხის თავის ბუდეც ამავე დროს განიცდის ცვლილებას, რის გამოც ჩერდება მისი ზრდა და ტაბუხის თავი აღარ ეტევა თავის ბუდეში. ეს ბუდის ცვლილება კი წარმოადგენს ქსოვილების ჰიპერპლაზიას ბუდის გარშემო ნაწილებისა და თვით ბუდის ღრუსი. ამავე დროს ხდება აგრეთვე ბუდის ზემო ნაპირის შესწორებაც. რაკი ეს ესეა, ამბობს Hoffa, ეს სიმანხინჯე უნდა ჩათვალოს ჩამომავლობითი სიმანხინჯეთ, რომელიც ჩნდება ნაყოფის განვითარების პირველ თვეებში. ორ ჩვენ ავადმყოფს დიდება ჰყოლია კოჭლი, რვას—დედა და დანარჩენებს ვინმე შორეული ნათესავი.

როგორც ზემოთა ვთქვით, ამ სნეულებით ქალები უფრო ხშირად არიან დამანხინჯებულნი, ვიდრე ვაჟები. Hoffa-ს, Lorenz-ის, Kirmisson-ის და სხვა ავტორების ცნობებიდან ჩანს, რომ ქალები შვიდჯერ ხშირად არიან შეპყრობილნი ამ სენით, ვიდრე ვაჟები. ჩემ 23 ავადმყოფში 20 ქალია და 3 ვაჟი.

ქალები ზიანდებიან ხშირად, Fehling-ის აზრით, იმიტომ, რომ ტაბუხის თავის ბუდე ქალისა საშვილოსნოში ირიბია და გვერდზეა მოქცეული, ვიდრე ვაჟისა, რომლის ბუდე უფრო წინ არის მოქცეული. იმიტომ, როცა ნაყოფის გარშემო სითხე ცოტაა და საშვილოსნო აწვება ბავშვს, ადვილად ხდება ტაბუხის თავის ამოვარდნა ქალის მენჯ-ბარძაყის სახსრიდან.

პათოლოგიური ანატომია შესწავლილია უმთავრესად Röntgen-ის სურათებზე და ოპერაციის საშუალებით მორჩენილ ავადმყოფებზე.

პათოლოგიური ცვლილება არის დამოკიდებული ავადმყოფის წლოვანობაზე. რაც უფრო მოზრდილია ავადმყოფი, ცვლილებაც მეტია. ეს ცვლილება უმთავრესად ეკუთვნის ტაბუხის თავის მდებარეობას და ეს მდებარეობა Hoffa-ს თეორიით ოთხი ტიპისაა:

ძუძუმწოვარა და არა მოსიარულე ბავშვს ტაბუხის თავი ბუდის ზემოდ და ცოტათი წინ არის მოქცეული და ხელით ვამჩნევთ წინა-ზემო თიქოს წვეტის ძირში (Spina anter. super. os. ilei)—ე. ი. გვაქვს luxatio supracotyloidea. ამ ხანაში ხანდახან ჯერ არის ამოვარდნილი ტაბუხის თავი ბუდიდან სულ მთლად და მხოლოდ, როდესაც ბავში იწყობს სიარულს, ტანის სიმძიმე ხელს უმართავს ტაბუხის თავს ბუდიდან ამოვარდნას (Külker). ამ შემთხვევაში ტაბუხის თავი

დგას ზემოთ და გარეთ, ესე იგი ბუდის შესწორებულ ნაპირის ზემოთ და წინა-ქვემო თედოს წვეტის ახლო (*Spina anter. infer. os. ilei*). ეს არის მეორე ტიპი.

შემდეგ ტანის სიმძიმის და კუნთების ზეგავლენის გამო ტაბუხის თავი რამდენიმე წლის შემდეგ იქერს წინა-ზემო თედოს წვეტის გარე ადგილს. ამ შემთხვევაში ოუ მოვლუნავთ ფეხს მენჯ-ბარძაყის სახსარში, მოვზიდავთ და მოვატრიალებთ შიგნით ტაბუხის თავს, ადვილად აღმოვაჩინებთ თედოს ქედზე, ე. ი. გვექნება *luxatio iliaca*—მესამე ტიპი.

და ბოლოს მეოთხე ტიპი შეიქმნება, თუ ტაბუხის თავი გადიწევს უფრო ზემოთ და უკან თედოს ქედისკენ—ნამდვილი *lixiatio iliaca*.

სახსრის პათოლოგიური ცვლილებანი საესეებით შესწავლილი აქვთ *Hoffa's*, *Lorenz's*, *Lange's* და *Schede's*.

ახლად დაბადებულის ტაბუხის თავის ბუდე ცოტად გაპრტყელებულია, ვიწროა და მოგრძო; მისი ფოსო ამოვსებულია ან ცხიმით ან შემაერთებული ქსოვილით. მოსიარულე ბავშვის ტაბუხის ბუდე პატარაა, სამკუთხედიანია, უკანა-ზემო ნაპირი უფრო გაპრტყელებულია, ფოსოს ძირი გასქელებულია.

უკვე ახლად დაბადებულის ტაბუხის თავი უფრო დიდია, ვიდრე ბუდე, საგიტალური მდებარეობა აქვს და ბარძაყის ყელის კუთხე შემციირებული აქვს. მოზრდილ ბავშვებს ეს ცვლილება უფრო მკაფიოდ ემჩნევათ, ბარძაყის თავი გადიდებულია, ან რგვალაია, ან კიდევ კონუსებრი ფორმისაა, ბუდისაკენ მიტყეული მხარე გაპრტყელებულია, ხანდახან ხორკლიანია.

ბარძაყის ყელი რაც უფრო ბავში მოზრდილია—დახრილია წინ ჰორიზონტალურ ხაზზე.

მრგვალი ბარძაყის იოგი (*lig. teres*) ზოგჯერ ჰიპერტროფიას განიცდის, ზოგჯერ კი სულ არ არსებობს. აღნიშნულია, რომ ერთი სახსრის სიმახინჯის დროს იოგი არსებობს, ირივე სახსრისა კი არ არსებობს.

სახსრის კაპსულა გასქელებულია და გაგანივრებული; რაც დრო გადის უფრო მაგრდება და სქელდება და ბოლოს ლებულობს ქვიშის საათის ფორმას: ასეთ გამოსახულობას ლებულობს იმიტომ, რომ ზედ ამ ადგილას გადაჭერილი აქვს თედო-სუკის კუნთი (*musc. ileopsoas*).

მენჯის სარტყელი, თუ ერთ მხარეს არის ზიანი, განიცდის ასიმეტრიას და ატროფიას; თუ ორივე მხარესაა—ატროფია მთელ სარტყელს ეღება—განივრდება გარდი-გარდმო შესავალი და ვიწროვდება პირდაპირი შესაველი მენჯის სარტყელში; საღმრთო ძვალი გამრუდებულია წინისაკენ.

კუნთების ცვლილება *Lorenz's* თეორიით შემდეგში გამოიხატება: ის კუნთები, რომელნიც ბარძაყის ლერძთან შეადგენენ სწორე კუთხეს—დაგრძელებული არიან და ამიტომ უფრო მეტია მათი ატროფიაც. ეს კუნთები არიან: დუნდულა კუნთები (*musc. glutaei*), მსხალისებრი კუნთი (*musc. pyriformis*), შიგნითი სახურავი კუნთი (*musc. obturator*), ტყუბი კუნთი (*musc. gemelli*), ბარძაყის კვადრატული კუნთი (*musc. quadratus femor.s*) და თედო-სუკის კუნთი (*musc. ileo-psoas*).

პირიქით, ის კუნთები, რომელნიც ერთ ხაზზე არიან ტაბუხის თავის ახალ ადგილზე გადასვლის შემდეგ—შემოკლებული არიან. კუნთები, რომელნიც გადა-

დიან მენჯის სარტყელიდან ბარძაყზე, ე. ი. ყველა მომზიდველი კუნთები (musc. adductores) ქვეითა ნაწილში მოკლდებიან, ზემო ნაწილში კი გრძელდებიან.

კუნთები, რომელნიც ვადადიან წვივზე, ყველანი მოკლდებიან. ესე იგი: თერძის კუნთი (m. sartorius), ვანიერ ფასციის გამჭიმავი კუნთი (m. tensor fasciae latae), ბარძაყის სწორი კუნთი (m. rectus femor.), ნახი კუნთი (m. gracilis), თითისტარა კუნთი (m. semimembranosus), ნახევრად მყესიანი კუნთი (m. semitendinosus), ბარძაყის ორთავა კუნთი (m. biceps femoris). რასაკვირველია, კუნთებთან ერთად განიცდიან როგორც ატროფიას ისე სხვაფერ ცვლილებას კაპსულაც, ფასციებიც და იოგებიც.

ამის შემდეგ აშკარაა, რომ ამოვარდნილი ფეხი უფრო წვრილია, ვიდრე სალი ფეხი, მას ემჩნევა ძვლების ზრდის შეჩერება და ამიტომ იგი უფრო მოკლეა.

თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ნიშნები მხოლოდ მაშინ აშკარავდება, როდესაც ბავში იწყობს სიარულს. პირველი და უმთავრესი ნიშანი ერთ მხარეზე ამოვარდნილობისა არის კოჭლობა. ეს კოჭლობა ფეხის დამოკლების ბრალია, დამოკლება კი გამოწვეულია ტაბუხის თავის ბუდის ზემოთ მდებარეობისაგან. დამოკლება ხანდახან დიდია და მოზრდილ ბავშვებს უდრის 6—8 და მეტს სანტიმეტრს. დაზიანებულ მხარეს ღუნდულა დაპრტყელებულია, ღუნდულას ნაკეცი ზიან მხარეზე უფრო ღრმაა, ვიდრე საღ მხარეზე; დიდი ციბრუტა (trochanter major) ზედმეტად არის გამოწეული გარეთ. ბავში, რომ დავაწვინოთ, მაშინაც კი შევამჩნევთ ფეხის სიმოკლეს, [ფეხი უნდა გაიზომოს წინა-ზემო თედოს წვეტიდან (spina iliaca anter. sup),—წვივის მედიალურ გოჯამდის], ტაბუხის თავი თავის ადგილას არ არის, პირიქით, მას ხშირად ვპოულობთ ღუნდულა კუნთების ქვეშ. ნამდვილი მისი მდებარეობა შეიძლება გავიგოთ, თუ ავადმყოფს დავაწვინთ საღ გვერდზე, მოუუკეცავთ ბარძაყს და განვზიდავთ, მაშინ ნათლად შევამჩნევთ, რომ ტაბუხის თავი და დიდი ციბრუტა გადაწეული არიან ზემოთ. დიდი ციბრუტა ნორმალურად Roser—Nelaton-ის ხაზის დაბლა დგას, ე. ი. იმ ხაზისა, რომელიც აერთებს საჯღომ ბორცვს (tuber ischii) წინა-ზემო თედოს წვეტთან. ამოვარდნილობის დროს კი დიდი ციბრუტა გადაწეულია ამ ხაზის ზემოთ. თუ ჩვენ ერთი ხელით შევიმაგრებთ მენჯის სარტყელს და მეორე ხელით ვამოძრავებთ ბარძაყს, ჩვენ შევამჩნევთ ტაბუხის თავის მოძრაობას თედოს ძვალზე. თუ ამ მოძრაობის დროს იმის კრეპიტაცია, ამბობს Hoffa, ეს იმის ნიშანია, რომ ბარძაყის მრგვალი იოგი არ არსებობს.

ფეხის მოძრაობა, როგორც აქტიური ისე პასიური, თავისუფლად ხდება, მაგრამ ფეხის განზიდვა შემცირებულია მიმზიდველ კუნთების შემოკლების გამო.

ასეთი ავადმყოფების სიარული მეტად დამახასიათებელია. ფეხის სიმოკლის გამო ბავში არამც თუ კოჭლობს, არამედ, როდესაც კი დგება ამოვარდნილ ფეხზე, ტანის ზემო ნაწილი მაშინვე და უსათუოდ გადაიხრება ხოლმე საღ მხარეზე.

ამგვარ სიკოჭლის და ტანის გადახრის მიზეზები Trendelenburg-ის ახსნით შემდეგში არსებობენ. აქ მხედველობაში უნდა გვქონდეს: ამოვარდნილი ტაბუხის თავის მოძრაობა დაყრდნობის დროს და ღუნდულა კუნთების მიმართულების შეცვლა. როგორც ვიცით ღუნდულა კუნთები სიარულის და დგომის

დროს მენჯის სარტყელს ჰორიზონტალურ მდგომარეობას აძლევენ. Trendelenburg-მა კი დაამტკიცა, რომ ამოვარდნილობის დროს შუა და უმცირესი ღუნდულა კუნთები ისე იცვლიან თავის მიმართულებას, რომ ვეღარ შესძლებთ მენჯის სარტყელი დაიკავონ ჰორიზონტალურად.

ამის დამტკიცება არ არის ძნელი. თუ სალი კაცი დგას ერთ ფეხზე და ამავე დროს მოკეცილი აქვს ფეხი მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში, მაშინ ორივე ღუნდულას ნაკეციები ერთნაირად და ერთ ხაზზე რჩებიან. ამოვარდნილობის დროს კი თუ დავაყენებთ ამოვარდნილ ფეხზე, მენჯის სარტყელის სალი ნახევარი მხარე მაშინათვე დაიწვეს ძირს, ისე რომ ღუნდულას ნაკეციც ამ მხარეს უფრო დაბლა იქნება. ამით აიხსნება ის, რომ როდესაც ავადმყოფი დადგება ამოვარდნილ ფეხზე სიარულის დროს და იატაკიდან ასწევს საღ ფეხს, ტანის ზემო ნაწილი გადაიხრება საღ მხარეზე. მაგრამ მხოლოდ ამგვარი ახსნა სიკოქლის არ არის დასაკმაყოფილებელი და როგორც გამოსთქვა Delanglade-მა, ტაბუხის თავის მოძრაობასაც სიარულის დროს უსათუოდ აქვს ამგვარი გავლენა. ამ აზრს ვემხრობი მეც, თუმცა მე მოკლებული ვიყავ ჩემ დაკვირვებებში მესარგებლა Marey-ს ხრონოფოტოგრაფით.

მენჯის სარტყელი ამოვარდნილობის დროს წინ არის დახრილი, ხერხემალი წელში შედრეკილია, ე. ი. ლორდოზია, და გამრუდებულია დაზიანებულ მხარეზე, ე. ი. სკოლიოზია. თუ ავადმყოფს წელზე დავაწვენთ ლორდოზი სწორდება. ყურადსაღებია აგრეთვე ნიშანი Calot-ის ამოვარდნილობის დასამტკიცებლად. წელზე მწოლიარე ბავშვს Scarp-ის სამკუთხედში (ბარძაყის ზემო ნაწილი) თუ დავაჭერთ თითებს, შევამჩნევთ, რომ ავადმყოფ მხარეს თითები ღრმად ჩაიფლებიან, მხოლოდ საღ მხარეზე პატარა ციბრუტას დაეყრდნობიან. ეს ნიშნავს ტაბუხის თავის ზევით აწევას დაზიანებულ ფეხზე.

თუ ამოვარდნილია ორივე ბარძაყი, ყველა ნიშნები რჩებიან იგივე, მხოლოდ სიარულის დროს ტანი ხან ერთ მხარეს, ხან მეორე მხარეს გადადის და სიარული მიაგავს იხვის სიარულს, ე. ი. მერყევია. ლორდოზი უფრო მეტია, მაგრამ სკოლიოზი კი არ არის, მუცელი წინ არის გამოვარდნილი, ღუნდულების კუნთები კი უკან. ბარძაყები ცოტად მოკეცილია, მომზიდულნი და შებრუნებულნი შიგნით და ძლიერ მოკლე გვეჩვენება თუ ტანს შევადარებთ.

ღიაგნოზი თანდაყოლილ ამოვარდნილობის მენჯ-ბარძაყის სახსარში არ არის ძნელი, თუ ბავში, მოზრდილია, მაგრამ ძნელია და შეცდომაში შეიძლება შევიდეთ, თუ ბავში პატარაა და ფეხზე არ დადის. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ჩვენ უეჭველად უნდა ვიხელმძღვანელოთ Röntgen-ის სურათებით, რომელიც სწორ გზაზე დაგვაყენებს. ერთი შეხედვით და ზერეღე გასინჯვით შეგვიძლიან ვიფიქროთ შემდეგ სნეულებებზე: პარალიტურ მერყევ სახსარზე, რახიტულ ლორდოზზე და ეგრედ წოდებულ coxa vara-ზე, ე. ი. ბარძაყის ყელის მოდრეკვაზე ქვევით და უკან.

პარალიტურ მერყევ სახსარშიც ჩვენ გვექნება ტაბუხის თავის არანორმალური მოძრაობა, დიდი ციბრუტას მაღალი მდებარეობა და წელის ლორდოზი, მაგრამ ფეხის პირდაპირი გაჭიმვით ადვილად ჩავარდება ხოლმე ტაბუხის თავი თავის ბუდეში, რასაც ჩვენ ვერ ვხედავთ ამოვარდნილობის დროს. ამავე დროს

მთელი ფეხის კუნთების მდგომარეობა და სხვა სახსრების სიღამბლე და დამახინჯება ავგაცილებს შეცდომას.

ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ რახიტული ლორდოზი, ხშირად ვამჩნევთ ქანობას სიარულის დროს, მაგრამ ამ შემთხვევაში ტაბუხის თავი მუდამ თავის ბუდეში ზის და დიდი ციბრუტა Roser-Nelaton-ის ხაზის დაბლაა. დიაგნოზი ძნელდება ამოვარდნილობის და ეგრედ წოდებულ coxa vara-ს შედარებაში, რადგანაც ამ უქანასკნელ სიმახინჯის დროსაც ფეხიც დამოკლებულია და დიდი ციბრუტაც Roser-Nelaton-ის ხაზის ზემოთაა. მაგრამ ამავე დროს ტაბუხის თავი თავის ბუდეში ზის და ამ ბუდიდან ვერ ამოვავდებთ. ამ შემთხვევაშიც უქანასკნელი და ქეშმარიტი სიტყვა ეკუთვნის Röntgen-ის სურათს.

პროგნოზი არ არის კარგი, თუ თავის დროზე არ მიმართავენ მკურნალობას, რადგანაც რაც მეტი დრო გადის პათოლოგიური ცვლილებანი მატულობს, მატულობს აგრეთვე ტაბუხის თავის მოძრაობაც. ფეხი ჰკიდია დაჯორჯილ და ჰიპერტროფიულ კაპსულაზე, კოკლობა მატულობს და ავადმყოფები ადვილად იღლებიან, სახსარში ტკივილებს გრძნობენ და ხანდახან კიდევ სახსრის ანთებაც უჩნდებათ.

თერაპია ჯერ კიდევ რამდენიმე წლის წინად შეუძლებელი იყო. ყველა ცდილობდა რამე დახმარება აღმოეჩინათ ამგვარ ავადმყოფთათვის: ზოგი აპარატს იგონებდა, ზოგი ფეხსა სჭიმავდა (Volkman), ზოგი კიდევ ოპერაციით ეხმარებოდა, როგორც König-ი და სხვა. მაგრამ სასურველი შედეგი ვერც ერთმა მათგანმა ვერ ნახა. მხოლოდ Hoffa-მ დიდი ხნის დაკვირვების და მუშაობის შემდეგ გვიჩვენა ის გზა, რა გზითაც ჩვენ ეხლა შეგვიძლიან ნაყოფიერი შედეგი მოუტანოთ ავადმყოფს. Hoffa-მ შეიმუშავა ოპერაციის მეთოდი, რომელიც წარმოადგენს სახსრის გაკვეთას, ახალი ბუდის შექმნას, ტაბუხის თავის ბუდეში ჩასმას და იქ დამაგრებას ისე, რომ ხელმეორეთ აღარ მოხდეს ამოვარდნილობა. მაგრამ Hoffa-მ ოპერაციის დროს ამოვარდნა ყველა იმ კუნთებს, რომელნიც მენჯს და დიდ ციბრუტას შორის არიან გაბმული, რადგანაც მისი აზრით ამ კუნთების შემოკლება უშლის ტაბუხის თავის ჩასმას ბუდეში. Lorenz-ი, პირიქით, გვაფრთხილებს ამ კუნთების მოშორებას თავის ნორმალურ ადგილიდან და ამბობს, რომ ეს კუნთები, დამოკლებული კი არა, დაგრძელებული არიანო და ტაბუხის თავის ჩასმას ხელს არ უშლიანო. ამიტომ ეხლა ჩვენ თუ გვიხდება ამ ოპერაციის გაკეთება ჩვენ ვაერთებთ ორივე მეთოდს და ეგრე წოდებულ Hoffa-Lorenz-ის მეთოდით ვაკეთებთ.

ავადმყოფი წვეს გვერდზე, ასისტენტი სჭიმავს ფეხს და როდესაც ტაბუხის თავი დაიწვეს დაბლა და ბუდეს მიუახლოვდება მაშინ ვაკვეთავთ 7—8 სანტიმეტრის მანძილზე. ჭრილობა იწყობა დიდი ციბრუტიდან და მიდის ქვევით. კანის და განიერი ფასციის გაჭრის შემდეგ მოსჩანან შუა და უმცირესი ღუნდულა კუნთები, რომლებსაც ამოვსწევთ ჭრილობაში და განზე გავწევთ, ამის გამო სახსრის კაპსულა ხდება ადვილად გასაკვეთი. ამავე დროს ასისტენტი ფეხს გარეთ გამოატრიალებს, კაპსულა იჭიმება და იჭრება დიდ ციბრუტასთან ახლო. შემდეგ ეს ჭრილობა გრძელდება ტაბუხის თავამდის. ეს ჭრილობა საკმარისია, რომ ტაბუხის თავი ამოვიდეს კაპსულიდან. მრგვალი იოვი თუ შერჩენილია, უნ-



და ამოიკრას. ამის შემდეგ ან მჭრელი კოვზით ან Doyen-ის ბურღით ტაბუხის თავის ბუდეს ვალრმავებთ და ვაგანივრებთ იმდენად, რომ ტაბუხის თავი ადვილად ეტეოდეს შიგ ჩასმის შემდეგ, რომელიც ხდება ფეხის გაჭიმვით, განზიდვით და შიგნით მოტრიალებით, ჭრილობაში ფილთასა ვლებთ (Hoffa) და ფეხს თაბაშირში ვახვევთ. 6—8 დღის შემდეგ ფილთას ვაშორებთ და შემდეგ ჭრილობა საღდება სამ კვირაში, რის შემდეგაც საჭიროა მასაჟი, ელექტრიზაცია და ვარჯიშობა. შედეგი ამ ოპერაციისა ფუნქციონალურად ძლიერ კარგია, თუ რასაკვირველია ჭრილობამ ასეპტიურად ჩაიარა და არ დაჩირქდა. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე ანკილოზამდინაც მიდის, რაც სასარგებლო არ არის ავადმყოფისათვის, მით უმეტეს თუ ეს ოპერაცია ორივე მხარეს გაუკეთდა. მე ვიცი ორი შემთხვევა, როდესაც ეს ოპერაცია იყო გაკეთებული და უნდა ვთქვა, რომ ტაბუხის თავის ჩასმაზე ბევრი დრო იყო დაკარგული, კუნთები და სახსრის გარშემო ქსივლები დაჟეილი, რის გამოც მოხდა დაჩირქება და ანკილოზი. მე ცოტად შეეცვალე ამ ოპერაციის მეთოდი და კარგი შედეგიც მივიღე. ჯერ ერთი, რომ მე ჭრილობას მთლად ვკერავ და ფილთას შიგ არ ვვებ, მეორე ის, რომ ავიცილო ანკილოზის მოხდენა კაპსულის გაკვეთის შემდეგ ამ უკანასკნელიდან ვჭრი საჭირო ნაჭერს, რომელიც ერთი კედლით არ არის მოშორებული კაპსულიდან, გადმოვატრიალებ და ჩავაგებ უკვე დამზადებულ ბუდეში, შემდეგ ჩავსვამ ტაბუხის თავს, გავკერავ ზევიდან გაჭრილ კაპსულას, რომელიც ნაჭრის ამოჭრის შემდეგ აღარ არის ისე განიერი, როგორც წინეთ და ამის ზემოთ ვკერავ კუნთებს და ფასციას და კანს. ორი კვირის შემდეგ მასაჟი და ვარჯიშობა. ძლიერ დაგვიანებულ შემთხვევებში მეტადრე თუ ამოვარდნილობა ორივე მხარეზეა, Hoffa გვირჩევს პსევდარტროზის (ყალბი სახსარი) შექმნას. ესე იგი ტაბუხის თავი გადაიხერხება ციბრუტას ხაზზე (linea intertrochanterica), კაპსულის ნაწილი შორდება და გადახერხილი ბარძაყი მოედგმება მენჯს და განზიდვული შეიხვევა. თაბაშირში ფიქსაცია სჭირდება სამ თვემდის. შედეგი დასაკმაყოფილებელია.

ერთ მხარეზე ამოვარდნილობის და დაგვიანებულ შემთხვევაში Kirmisson-ი აკეთებს ციბრუტას ქვემო ირიბ ოსტეოტომიას და ფეხის გაჭიმვას.

ამ უკანასკნელ ხანში Lorenz-მა შეამოკლა და ამით შეამსუბუქა Hoffa-Lorenz-ის ოპერაცია. ის ეხლა აკეთებს არტროტომიას Senger-ის მეთოდით ე. ი. სახსრის და მისი კაპსულის გაკვეთის შემდეგ ტაბუხის თავის ბუდეს არ ახლებს ხელს და როგორც არის ისე ჩასვამს შიგ ტაბუხის თავს.

როდის უნდა გაკეთდეს Hoffa-Lorenz-ის ოპერაცია? ამის პასუხს თვითონ Hoffa იძლევა და ამბობს, უკეთესია თუ ოპერაცია გაკეთდება 3 წლიდან-8 წლამდე. და უკანასკნელ წლად სთვლის 10 წელს. ჩემის აზრით და აგრეთვე დაკვირვებით შემიძლია ვთქვა, რომ 10 წლამდის ამ ოპერაციას არ უნდა ვურჩევდეთ არავის, რადგანაც, როგორც ქვემოთ იქნება მოხსენებული, ჩვენ ხელთ არის ისეთი მეთოდი ამ სიმახინჯის შესწორებისათვის, რომ ტყუილ-უბრალოდ ავადმყოფი ჩავაგდოთ განსაცდელში. ჩემის აზრით ეს ოპერაცია უნდა კეთდებოდეს მაშინ, როდესაც ავადმყოფის წლოვანობა აღემატება 10 წელიწადს და ისიც მაშინ როდესაც უსისხლო ოპერაციამ უნაყოფოდ ჩაიარა. მე ერთ შემთ-

ხვევაში 11 წლის ბავშვს სულ ადვილად ჩაუსვი ტაბუხის თავი ბუდეში უოპერაციოთ. ამ შემთხვევებში მე მგონია Röntgen-ის სურათი ნათლად დაგვანახვებს რაგვარ პათოლოგიურ ცვლილებას განიცდის ბუდე, სულ მთლად გაბრტყელებულია და ჩაღრმავება არ ეტყობა, თუ კიდევ არის ფოსო, რომელშიც ტაბუხის თავს შეუძლიან ცოტად მაინც შემავარდეს.

პარალელურად ამ ოპერაციასთან ვითარდებოდა აგრეთვე უსისხლო მეთოდი ტაბუხის თავის ჩასმისა ბუდეში. პირველად Pravaz-მა (1847 წ.) სცადა უდანოთ ჩასმა ტაბუხის თავისა ბუდეში და შემდეგ 1887 წელს Paci-მ. ნამდვილი ჩასმა მოახერხა მხოლოდ Schede-მ, რომელიც რამდენიმე კვირის განმავლობაში ფეხსა სჭიმავდა მის მიერ გამოგონილ გამჭიმავ მაგიდაზე, რითაც შესძლო იმდენად დაეახლოვებინა ტაბუხის თავი ბუდესთან, რომ ადვილი გახდა ფეხის მოტრიალებით შიგნით და ხელის დაჭერით ციბრუტაზე ტაბუხის თავის ბუდეში ჩაგარდნა.

1894—95 წელს Lorenz-მა გამოაქვეყნა ახალი მეთოდი ტაბუხის თავის ჩასმისა ბუდეში, რითაც შექმნა ახალი ხანა ამ მეტად ყურადსაღებ საკითხში. შემდეგ, რასაკვირველია სხვადასხვა ქირურგებმა და ორტოპედებმა უფრო განავითარეს და შეასწორეს ზოგიერთი მომენტები ამ შესანიშნავი ოპერაციისა, მაგრამ Lorenz-ის პრინციპები მაინც ხელუხლებელი დარჩა. ეს პრინციპები შემდეგში გამოიხატებოდა: ტაბუხის თავის ქვევით დაწევა და დაახლოვება მის ბუდესთან ე. ი. რედუქცია; მეორე—ტაბუხის თავის ჩასმა არსებულ ბუდეში, ე. ი. რეპოზიცია; და მესამე ის, რომ ეს რეპოზიცია შეიქმნას უძრავი და მუდმივი.

ავადმყოფის დაძინების შემდეგ იწყობა ფეხის გაჭიმვა ქვევით და უკუ გაჭიმვა ტანის ზემოთ გრძელი პირსახოცით, ამოტარებული ლაჯებში და დამაგრებული მაგიდაზე ავადმყოფის თავის ახლო. ფეხი უნდა გაიჭიმოს იქნობამდი რომ დიდი ციბრუტას თავი დადგეს Roser—Nelaton-ის ხაზზე, როდესაც დიდი ციბრუტა მივა ამ ხაზამდის ფეხი ნელა უნდა განზიდული იყოს რაც შეიძლება მეტად. ამ განზიდვის დროს შეკუმშული მომზიდველი კუნთები იჭიმებიან და უშლიან ფეხის განზიდვას, რის ასაცილებლად საჭირო ხდება ხელის თითების დარტყმის და დაზელვით გაჭიმვა და ხანდახან დახევა ამ კუნთებისა. ამის შემდეგ ფეხი იკეცება მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში და ტრიალდება შიგნით ისე რომ, ფეხის განზიდვა შეადგენს 90° კუთხეს. ამ დროს ტაბუხის თავი უვლის ბუდის უკანა ნაპირს და ხმაურობით ვარდება თავის ბუდეში. ხანდახან ამ ჩავარდნას ხელს უშლის კაპსულის წინა მხარე, რის გამოც Hofia-მ შეცვალა ეს უკანასკნელი აქტი შემდეგად: სწორი კუთხემდის განზიდული ფეხი უნდა გადატრიალდეს გარეთ, მოახლოვებული უნდა იყოს ტანთან და შემდეგ დაწეული პორიზონტალურ ხაზანდის. ეს უნდა იყოს გამეორებული რამდენჯერმე, რადგანაც ამ მოძრაობით ჩვენ ადვილად ვჭიმავთ კაპსულის წინა პირს და აგრეთვე ვავანიერებთ ბუდესაც და მხოლოდ ამის შემდეგ ტაბუხის თავი დაუბრკოლებლივ ვარდება თავის ბუდეში.

ტაბუხის თავის ჩასმის შემდეგ Lorenz-ის საკმაოდ განზიდულ და გაჭიმულ ფეხს თაბაშირში სვამს თვით და, რომ ავადმყოფს შეეძლოს სიარული, ფეხქვეშ უკეთებს ხის ნაჭერს. სამი თვის შემდეგ ფეხი იხვევა თაბაშირით რამდენჯერმე და

ამავე დროს აკლდება ფეხის განზიდვაც. მხოლოდ ნახევარი წლის შემდეგ Lorenz'i საბოლოოდ ხსნის ხეუღს და იწყობს მასაჟს და ფეხის ვარჯიშობას. Wendorff'i ამბობს, რომ ეს მეთოდი ხშირად რეციდივს იძლევა და გვირჩევს ფეხის მაქსიმალურ განზიდვას ისე, რომ მუხლის სახსარი ილღისაკენ ამწვრილი და ამგვარად შეხვეული. ამ პირობებში ტაბუხის თავი კონცენტრირულად ზის თავის ბუდეში და კაპსულაც იკუმშება, სახსარი მაგრდება და ამოვარდნილობა არ მეორდება. როდესაც ორივე მხარეზე ამოვარდნილობა Lorenz'i ჯერ ერთ მხარეს ამაგრებს და შემდეგ მეორეს. Hoffa ორივე მხარეზე ერთდროულად ასწორებს ამოვარდნილობას, რითაც ძლიერ ამოკლებს როგორც მკურნალობას, აგრეთვე ავადმყოფის ტანჯვას. მეც მომხრე ვარ ერთდროულ ჩასმისა ორივე მხარეზე. Kummel'i ფეხის გაჭიმვას აღარ სჩადის და პირდაპირ იწყობს ფეხის განზიდვიდან. ამით მისი აზრით, ოპერაცია არ ძნელდება და ოპერაციის დროც მოკლდება.

Schanz'i ასისტენტს ამაგრებინებს მენჯის სარტყელს, თვითონ კი ბარძაყს უკეცავს და მუცელზე ადებს, მუხლზე აჭერს ხელს ზევიდან ქვევით, ზოგჯერ სჭირდება ბარძაყის მოტრიალება (როტაცია).

Schanz'ის მეთოდი კარგია მაშინ, როდესაც ჩვენ Lorenz'ის მეთოდით ვერ მოვახერხებთ ჩასმას. მხოლოდ უნდა ვთქვათ, რომ Schanz'ის მეთოდით ხშირად პირველადვე ვერ ჩავსვამთ ხოლმე ბარძაყის თავს ბუდეში, სჭირდება განმეორება რამდენიმე დღის შემდეგ და თაბაშირში შეხვევა ამ მდგომარეობაში. ამ მეთოდის მომხრეა აგრეთვე Reiner'იც.

მე ჩემ მასალაზე ვცადე როგორც Lorenz'ის, Hoffa'ს, ისე Kummel'ის და Schanz'ის მეთოდები და დავადექი შემდეგ: საჭიროდ არ ვსცნობ Lorenz'ის და Schede'ს მეთოდით ფეხის გაჭიმვას. ასისტენტს ვამაგრებ მენჯის სარტყელს, მე კი ვკეცავ ბარძაყს მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსარში ბარძაყის ტრიალებით შიგნით და გარეთ (როტაციულა მოძრაობით) ტაბუხის თავის მოძრაობას ვაფართოვებ. ამის შემდეგ ადვილი ხდება ბარძაყის ქვევით დაწევა და ბუდესთან მიახლოება. როდესაც დავრწმუნდები რომ ტაბუხის თავი საკმაოდ დაიწია, ვიწყობ ფეხის განზიდვას და მომზიდველ კუნთების დაგრძელებას მათი დაბეჭვით. როდესაც ფეხი განზიდულია იმდენად, რომ სწორ კუნთებს შეადგნს, ბარძაყს გადავატრიალებ გარეთ (ბარძაყის თავი ამ დროს ტრიალებს ქვევით და შიგნით) და ამ დროს მიუახლოვებ ტანს. ეს საკმარისია, რომ ტაბუხის თავი ხმაურობით თავის ბუდეში ჩაჯდეს. თუ ბარძაყი ბუდეში ზის ამ მდგომარეობაში ღარჩება ხელებიც რომ მოვაშოროთ ფეხს. ფეხი თაბაშირში ისმის მეტად განზიდული (ბარძაყის და ტანის შუა კუთხე უდრის 45°) და გარეთ გადატრიალებული \*.) ფეხი მოკეცილია მუხლში და თაბაშირით შეხვეულია წვივის შუა ნაწილამდის. ბავში წვეს ლოგინში თვე ნახევრიდან ორ თვემდე. ეს დამოკიდებულია ავადმყოფის წლოვანებაზე. ჩემი დაკვირვებით, როცა ბავში

\*) ამ მეთოდს ვხვარობ 1918 წლიდან. Colat'e 1921 წ. La presse medical'ში გამოაქვეყნა სწორეთ ამგვარივე წესი.





მოზრდილია, მით, მეტი დროც სჭირდება სახსრის და მისი არეს გასამავრებლად. ამის შემდეგ თაბაშირი მოიხსნება და რამდენიმე დღე ბავში ისვენებს. მეორედ ფეხი თაბაშირში ისმევა გასწორებული მუხლის და მენჯ-ბარძაყის სახსარში და ცოტა-ოდნავ განზიდული, ერთი თვით, თვე ნახევრით, რის შემდეგაც ბავში ლებულობა აბაზანებს, მასაჟს, ვარჯიშობას და იწყობს სიარულს. ამგვარად მკურნალობა გრძელდება ოთხი თვე, როდესაც Lorenz'ი და სხვები ამას ანდომებენ 8—12 თვეს.

Ioachimsthal'მა და David'მა მკურნალობა შეამოკლეს სამ თვემდე ისე, რომ პირველი ხვეულის შემდეგ ფეხს მეორედ აღარ სვამენ თაბაშირში და ავადმყოფი თავის თავად ისწორებს ფეხს და ამის შემდეგ იწყობს სიარულს.

Schanz'მა უფრო მეტად შეამოკლა თაბაშირში ყოფნა და ექვს კვირაზე მეტს არა სტოვებს. მაგრამ ჩემი დაკვირვებით არც ძლიერ დიდი ხანი ვარგა და არც ასე მცირე დროა საკმარისი. პირველ შემთხვევაში ფეხის სახსრებში შეიძლება დარჩეს შემიძირებული მოძრაობა და კუნთების ატროფია, მეორე შემთხვევაში კი შეიძლება ადვილად განმეორდეს ამოვარდნილობა. ჩემ 23 შემთხვევაში: ერთმა ავადმყოფმა ორივე მენჯ-ბარძაყის ამოვარდნილობით გაატარა 7 თვე, 1—ორივე მხარეზე ამოვარდნილობით — 3 1/2 თვე; 3 ავადმყ. ერთ მხარეზე ამოვარდნილობით — 5 თვე; ერთმა 4 1/2 თვე; 10 ავადმყ. — 4 თვე, 3 ავადმყოფმა 3 თვე.

ნამდვილად მორჩენა ჩაითვლება იმ დღიდან, როდესაც ავადმყოფ ფეხზე დგომით Trendelenburg'ის ფენომენი აღარ არსებობს.

რა შედეგი მოჰყვა Lorenz'ის მეთოდით ამოვარდნილი ბარძაყის ბუდეში ჩასმას? ამის შესახებ ორი აზრია: ერთი აზრი, რომლის მომხრეც არის Hoffa, უარყოფს ბარძაყის თავის სამუდამოთ დამავრებას ბუდეში. Hoffa და მისი თანამოაზრენი ამბობენ, რომ უმრავლეს შემთხვევებში ხელ-მეორედ ხდება ამოვარდნილობა და ტაბუხის თავი იკეთებს ადგილს თედოს წინა—ქვემო წვეტიის წინ და ქვემოდ. Iulius Wolff'ი კი, რომელიც დიდ ავტორიტეტად ჩაითვლება ამ საკითხში, ამბობს, რომ ტაბუხის თავის დამავრება თავის ბუდეში შეადგენს კანონს. მე ჩემი შემთხვევების მიხედვით შემიძლიან ვთქვა, რომ თუ მოხერხდა ბარძაყის თავის ბუდეში ჩასმა იმდენად მაინც, რომ თავის 1/3 ჩაჯდეს მჭიდროდ, მაშინ შედეგიც კარგი იქნება, თუ არა ზის თავი ბუდეში და მხოლოდ მის ნაპირს ეყრდნობა, მაშინ ადვილად შესაძლებელია ხელმეორედ მოხდეს ამოვარდნილობა. მაგრამ ჩასმის შემდეგაც ხდება ზოგჯერ, რომ ავადმყოფი ცოტად მაინც კოჭლობს. ამ შემთხვევებში ჩვენ ფეხის გაზომვა აშკარად დავანახებთ, რომ ეს სიმოკლე ეკუთვნის ზრდაში ჩამორჩენილ ან ბარძაყის ან წვივის ძვლებს. ეს სიმოკლე მაინც და მაინც დიდი არ არის და 1—2 სანტიმ. მეტს არასოდეს არ უდრის. ამის გასწორებაც შეიძლება ოპერაციით: osteotomia'თი და ფეხის გაჭიმვით რამდენადაც საჭიროა. თუ ოპერაცია არა სურთ, მაშინ ფესაცემელში საჭირო სიმაღლის ქუსლი უნდა ჩაიდოს.

მაგრამ Lorenz'ის მეთოდით ამოვარდნილობის ჩასმას აქვს საზღვარი. თვით Lorenz'ი კარგ დროთ სთვლის ექვს წლამდის. ექვსი წლიდან ათ წლამდის კარგი შედეგი უკვე იშვიათია და ათი წლის შემდეგ აღარ გვირჩევს ცდას. სხვა ავტორებიც ემბრობიან ამ აზრს, თუმცა ზოგიერთ მათგანს უცდია

ამოვარდნილობის ჩასმა ათი წლის შემდეგაც კარგი შედეგით. ჩემ შემთხვევებშიც არის რამდენიმე ავადმყოფი ათ წელიწადს გადაცილებული და უნდა ვთქვა, რომ ჩასმაც ადვილად მოხერხდა და კარგი შედეგიც მივიღე. ჩემის აზრით ცდა შეიძლება მაშინ, როდესაც Röntgen-ის სურათი გვიჩვენებს, რომ ტაბუხის თავს ბუდე ცოტათი მაინც ჩაღრმავებულია, ამიტომ Röntgen-ის სურათი აუცილებლივ საჭიროა ყველა შემთხვევაში. უსიხლო ოპერაციის მეთოდით უნდა ჩითვალოს აგრეთვე Mikulicz-ისა, რომლითაც ადვილად უსწორდებოდა ამოვარდნილობა ქუქუძე-მწოვარა არა მოსიარულე ბავშვებს. ამ აპარატით ტაბუხის თავი ნელ-ნელა იწევს ძირს ბუდისაკენ. ამ აპარატში ბავში რამდენიმე საათით წევს დღეში — ფეხებ გაჭიმული, განზიდვული და გარეთ გადატრიალებული. რასაკვირველია მკურნალობა ამ აპარატით სჭირდება დიდხანს.

ამგვარად კიდევ უკანასკნელად რომ გადავათვალიეროთ ყველა ზემო მოყვანილი მეთოდები თანდაყოლილ ბარძაყის თავის ამოვარდნილობის მკურნალობის შესახებ, უნდა ვთქვათ, რომ Schedel's, Lorenz-ის და Mikulicz-ის მეთოდებით ჩვენ გვაქვს საშვალება იმდენად კარგი შედეგი მივიღოთ, რომ მორალურად ფრიად დაკმაყოფილებული დავრჩეთ. უპირველეს ყოვლისა უნდა იყოს ნაცადი Lorenz-ის მეთოდი და თუ ამით ვერაფერს გავხდებით, მაშინ უნდა მივმართოდ Hoffa-ის ოპერაციას.

### ჩემი ავადმყოფთა სია:

1. სუკიასოვი გაიანე 7 წლ. სომეხი. თელავი. 1914 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 4 თვე. შედეგი კარგია.
2. ლუარსაბოვი ნინო 10 წლ. სომეხი. თელავი. 1914 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 5 თვე. შედეგი კარგია.
3. ხომერიკი ნინო 1 წ. 11 თვ. ქართველი. გურიიდან. 1914 წ. Luxatio coxae dxt. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 3 თვე. შედეგი კარგია.
4. პაპონოვი არავატ 11 წლ. სომეხი. ჯალალოლი. 1918 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 4 თვე შედეგი კარგია.
- 5) ჯანყულაშვილი შურა 7 წლ. ქართველი. ტფილისის მაზრა 1919 წ. საავადმყოფოში დაჰყო 7 თვე. Luxatio coxae utriusque cong. შედეგი კარგია.
6. მარტინენკო ოლღა 7 წლ ქართველი. სენაკი. 1920 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 5 თვე შედეგი კარგია.
7. გუნია ალექსანდრა 5 წლ. ქართველი. სენაკი. 1920 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 5 თვე შედეგი კარგია.
8. ისრატილბეკ ფრიზა 4 წლ. ქართველი. თელავი. 1921 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 4 თვე. შედეგი კარგია.
9. მარტიროსოვი ანაიდა 10 წლ. სომეხი. ტფილისი. 1921 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 44 დღე. ტაბუხის თავის ბუდე დაპარტყლებულია და ამოვსებული, ჩასმა ვერ მოხერხდა, ოპერაციასზე უარი სთქვეს.
- 10 არუთინოვი არაქსი 9 წლ. სომეხი. ტფილისი. 1921 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 3½ თვე. შედეგი კარგია.
11. დეკანოიძე ალექსი 8 წლ ქართველი. ხაშური. 1922 წ. Luxatio coxae sin. cong. საავადმყოფოში დაჰყო 4 თვე 9 დღე. შედეგი კარგია.
12. ნიორაძე ოლღა წლ. ქართველი. 1922 წ. Luxatio coxae utriusque cong. საავადმყოფოში დაჰყო 3½ თვე. ნახევარ თვის შემდეგ ასტიკედა მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსარი

და ფეხს ვერ ახმარებდა, კუნთები კიდურისა შეიკუმშნენ. ხელმეორედ იყო დაწვენილი საავადმყოფოში და ფეხი ჩასმული გამჭიმავ აპარატში. ორი კვირის შემდეგ კუნთები გაიშალნენ და მოძრაობაც თავისუფალია. მარცხენა ფეხი 1 სანტ. მოკლეა მარჯვენაზე, რაც ეკუთვნის ბარძაყის ძვალს.

13. პაპულაშვილი თამარ 12 წლ. ქართვ. კასპი. 1922 წ. *Luxatio soxae sin. cong.* ტაბუხის თავის ბუდე ამოვსებულია, მაინც თავი ჩამოწეულია ბუდესთან. ჩასმა შეუძლებელია. საავადმყოფოში დაჰყო 4 თვე 8 დღე. ფუნქციონალურად კარგი შედეგი მოჰყვა. კოჭლობა არც კი ეტყობა, თუმცა ფეხი მოკლეა 2 სანტიმ., რაც ადვილად სწორდება ფენსაცემელში პროტეის ქუსლის ჩადებით.

14. სააკიანც შუშანიკ 2 წლ. სამეხი. ტფილისი. 1922 წ. *Luxatio coxae sin. cong.* ჩასმა ადვილად მოხდა. ჩასმულია თაბაშირში; წითელის გამო გაწერილია სახლში, შედეგი არ ვიცით.

15. კალანდარაშვილი მარგალიტი 4 წლ. ქართველი. ტფილისი. 1922 წ. *Luxatio coxae sin. cong.* საავადმყოფოში დაჰყო 3 თვე. შედეგი კარგია.

16. ჭანკუტაძე შალვა 3 წლ. ქართვ. ტფილისი 1923 წ. *Luxatio coxae sin. cong.* საავადმყოფოში დაჰყო 3 თვე, შედეგი კარგია.

17. დოლიძე სოფია 3 წლ. ქართვ. გურიიდან. 1922 წ. *Luxatio coxae dxt. cong.* საავადმე. დაჰყო 4 თვე. შედეგი კარგია.

18. თალაკვაძე მარიამ 7 წლ. ქართვ. ტფილისი. 1924 წ. *Luxatio coxae sin. cong.* საავადმე. დაჰყო 3 თვე. ფეხი მოკლეა 2 სანტ. ეკუთვნის ბარძაყის ძვალს.

19. ფრუიძე ბიძინა 11 წლ. ქართვ. ქუთაისი. 1922 წ. *Luxatio coxae sin. cong.* ტაბუხის თავის ბუდე ამოვსებულია და ჩასმა შეუძლებელია. გაკეთებულია osteotomia subtrochanteria m. Kirmisson—Hoffa. ფეხი დაგრძელებული აქვს 6 სანტიმ. და საღი ფეხის სიგრძისაა. საავადმე. დაჰყო 44 დღე. გაწერილია ჯანმრთელი, აღარ კოჭლობს.

20. ბერელმან ფრიდა 1923 წ. 5 წლ. ებრაელი. ტფილისი. *Luxatio coxae sin. cong.* საავადმყოფოში დაჰყო 3 თვე. ფეხი მოკლეა 1½ სანტ. რაც ეკუთვნის წვივის ძვლებს.

21. ტოვონიძე მარგალიტი 4 წლ. ქართვ. ტფილისი. 1923 წ. *Luxatio coxae sin. cong.* საავადმე. დაჰყო 3 თვე. შედეგი კარგია.

22. გიორგობიანი სოფია 11 წლ. ქართვ. რაჭა. 1924 წ. *Luxatio coxae sin. cong.* ჩასმა ვერ მოხერხდა. გაკეთებულია resectio coxae. შედეგი კარგია. სიმოკლე უდრის 2 სანტ.

23. ეკუშვიცი კერევი 3 წლ. ბერძენი. ბორჩალო. 1924 წ. *Luxatio coxae sin. cong.* საავადმყოფოში დაჰყო 3 თვე. შედეგი კარგია.

ოფტალმოლოგიური ინფექციების მკურნალობისას მთავარ პრინციპს წარმოადგენს ანტიბიოტიკების გამოყენება. ამასთან ერთად, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ანტიბიოტიკების გამოყენებისას მკურნალობის რეჟიმის დაცვა. ამასთან ერთად, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ანტიბიოტიკების გამოყენებისას მკურნალობის რეჟიმის დაცვა. ამასთან ერთად, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ანტიბიოტიკების გამოყენებისას მკურნალობის რეჟიმის დაცვა.

## ბ ლ. ხეჩინაშვილი.

### მრავლობითი ეხინოკოკის ერთი შემთხვევა\*).

(ტფილისის უნივერსიტეტის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკიდან. გამგე პრაქ. აღ. მაჭავარიანი).

მრავლობითი ეხინოკოკის ჩვენი შემთხვევა საინტერესოა დიაგნოსტიკის მხრივ.

ავადმყოფი 3—4—გ—ი, 22 წლის, ეროვნებით თათარი, ოჯახის ქალი, გათხოვილი, ყაზახის მაზრიდან, გადმოყვანილი იქნა ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკიდან. ავადმყოფს აწუხებდა მუცლის ძლიერი სიმსივნე, ტკივილები და საერთო სისუსტე. ავადა სამი წელიწადი. ამ სამი წლის განმავლობაში დროგამოშვებით გრძნობდა თავის ტკივილს, ტკივილებს მუცლის მიდამოში და სულის ხუთვას. უკანასკნელ რვა თვის განმავლობაში ავადმყოფი ამჩნევდა, რომ მას მუცელი უსივდებოდა; სიმსივნე სიარულს უშლიდა და ხშირად ქოშინი მოსდიოდა; მუკურნალის რჩევით ავადმყოფი იძულებული შეიქნა საავადმყოფოში დაწვლილიყო. მოთავსებული იქნა ფაკულტეტის თერაპიულ კლინიკაში, საიდანაც ორი თვის წამლობის შემდეგ გადმოყვანილი იქნა ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში ოპერატიულ დახმარების აღმოსაჩენად.

ბავშობაში გადაუტანია წითელა, მოზრდილობაში არავითარი სნეულება სნეულება ჰქონია, მუდამ ჯანსაღი იყო; თვიური პირველად 16 წლისას მოსვლია, რამოდენიმე თვე წესიერად მოსდიოდა, შემდეგ კი სრულიად შეწყვედა: 13 წლის იყო, ქმარს რომ გაჰყვა, თვისმძიმედ ერთხელ ყოფილა; მშობიარობა წესიერი ჰქონია; ბავში ცოცხალი დაბადებია. მხოლოდ დედის ურძეობის გამო ორი თვის შემდეგ გარდაცვლია. ავადმყოფს დედა ცოცხალი ჰყავს და ჯანსაღი, მამა კი მოხუცებულობის გამო მოჰკვდომია. ჰყავს ოთხი ძმა და ოთხი და ორი ძმა გარდაცვლია ერთი 3 წლისა წითელათი, მეორე ერთი წლის ნაწლავის ანთებით. ქალის და ვენერიული სნეულება არ ჰქონია. ქმარი ჯანსაღი ჰყავს, 28 წლის; ეწევა მეჯოგეობას და ხანგამოშვებით მიწასაც ამუშავებს. ცხოვრების პირობები ცუდი აქვს: ფიზიური მძიმე შრომა, ოჯახში დღის განმავლობაში 15—20 ძროხის მოწველა და მოვლა უხდება. ოჯახში ქმრის უმთავრესი მუშაობის დარგი მწყემსობაა, მას ჰყავს რამდენიმე ათეული შინაური პირუტყვი და 5—6 ძაღლიც; ავადმყოფს თითქმის ყოველდღე შინაურ საქონელში—ძროხებში და ძაღლებში—ტრიალი უხდებოდა. 3—4 წლის განმავლობაში ძლიერ შესუსტდა და გახდა. შარდის ბუშტის და კუჭნაწლავის მოქმედება წესიერი ჰქონდა.

Status praesens. ავადმყოფი საშავლო სიმაღლის და მოყვანილობისა. ძვლები და კუნთების თანწყობა სუსტი განვითარების, სუსტი კვების; კანი და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილიც სუსტადაა განვითარებული; ლორწოვანი გარსები ანემიურია; ლიმფური ჯირკვლები არა აქვს გადიდებული; ლავიწებო და ქვემო ფოსთები საკმაოადაა გამობატული. გულმკერდის მოყვანილობა წესიერი—ორივე მხარე სიმეტრიულად განვითარებული. ფილტვების საზღვარი მარჯვნივ აწეულია. პარასტერნალურ ხაზზე—4 ნეკნი, ძუძუს ხაზზე—5 ნეკნი, ილიის წინა ხაზზე—6 ნეკნი, შუა და უკანა—7 ნეკნი, ბეჭის ხაზზე—8 ნეკნი, ხერხემლის ხაზზე—10 ნეკნი; მარცხნივ ფილ-

\* ) წაკითხულია უნივერსიტეტის ქირურგიულ კლინიკების დასტაქართა კონფერენციაზე 4 მაისს 1924 წელი.

ტყების ხმას ცვლილება არ ემჩნევა. გულის საზღვრები წესიერი; ტონები მოყრუებული. მუცელი ძლიერ გადიდებული; ელენთა არ ისინჯება. ნერვული და საშარდე თანწყობა წესიერი. Status locus. მუცელი ძლიერ გადიდებული აქვს; კანი მუცლის მიდამოზე დაჭიმული. Caput medusae არ ემჩნევა; სიმსივნე მთლიანად მოზრბილი ანაგობისაა, მუცლის მოყვანილობა ავადმყოფის მდებარეობის და მიხედვით იცვლება: მწოლიარე მდგომარეობაში—ოდნავ პრტყელდება, გარდი-გარდმო დიამეტრი მატულობს, მარჯვენა ლიბოზონდრიუმის მიდამო ოდნავ ამობურთულია დგომის დროს; მუცლის ორთავე მხარე სიმეტრიულად გამობერილია, უმთავრესად ჰიპის ქვემოლ. ფლუქტუაცია ემჩნევა ჰიპის ქვემოლ და ზემოლ, როგორც წოლის, ისე დგომის დროს.

ღვიძლი გადიდებულია: გამოდის ნეკნთა რკალიდან ხუთი თითის დადებით. ღვიძლის წინა ზედაპირი გამობურთულია, შიგნითა კიდე მაგარი და უმტკივნო და გადადის ორი თითის დადებით თეთრ ხაზზე. ქვემოკიდე მომრგვალებული და უსწორმასწორო. ამ კიდეს სამი თითის დებით ქვემოლ ემჩნევა ზომიერი კვანძი, მომრგვალო. სახის (ფორმის) რომელიც ღვიძლის და გარშემო მდებარე ქსოვილებთან არაა შეერთებული. გარეთა კიდე: მარჯვენა თირკმელის მიმართულებით მოყრუებაში გადადის. მუცლის ღრუს სხვა ორგანოები: ელენთა, რომაული S, შარდის ბუშტი და კოლინჯი არ ისინჯებიან. მარჯვენა საკვერცხეს მიდამოში ისინჯება სიმსივნე-წყალბუშტი, რომელიც ხელის შეხებისას ძლიერ მტკივარია.

შარდის, განავალის და სისხლის გასინჯვამ შემდეგი სურათი მოგვცა: შარდში პათოლოგური ელემენტები არ აღმოჩნდა. განავალში აღმოჩნდა *Ascaris lumbricoides* კვერცხები. სისხლში აღმოჩნდა წითელი ბურთულები 4.300.000; თეთრი ბურთულები 8.200; Hb—72%; Fe—0.84. თეთრი ბურთულების ფორმულა: პოლინუკლეარები 42%, ლიმფოციტები 34%, ეოზინოფილები 10%, გარდაშავალი 6%, მონონუკლეარები 4% ბაზოფილები 4%.

ავადმყოფობის ისტორიიდან ჩანს, რომ ჩვენ გვაქვს ღვიძლის ერთი ან რამოდენიმე წყალბუშტმაგარი სიმსივნე, ბადექონის ან წვრილ ნაწილათა ჯორჯალის სიმსივნე, დანარჩენი სიმსივნენი კი მუცლის ღრუს ქვემო ნაწილებშია მომთავსებული. ეს სიმსივნენი წარმოადგენენ ერთ მთლიანს ან არა და სხვადასხვა ორგანოთაგან გამომდინარე სიმსივნეთა შეკონვას, რომელიც ურთიერთ შორის საერთო არაფერი აქვთ. ჩვენ ამაში უნდა გავერკვიოთ.

ღვიძლის ხორცმეტი ალბად წყალბუშტოვანია. თავიდანვე შეგვიძლია ღვიძლის დაჩირქება უარყოფით, ვინაიდან არავითარი მონაცემი გვაქვს, რაც მის შესახებ ღალადებდეს. ღვიძლის წყალბუშტოვან სიმსივნეებში არჩევნ პარაზიტარულს არა პარაზიტარულისაგან, მხოლოდ ეს უკანასკნელნი ნაწილდებიან განმარტოებულ და მრავლობით, ეგრედ წოდებულ ღვიძლის წყალბუშტმგვარ გადაგვარებებზე. ღვიძლის არაპარაზიტარულ წყალბუშტის გარჩევა ეხინოკოკისაგან ძლიერ ძნელია.

ანატომიური მდებარეობა, ნელი განვითარება, ჰიმალი ანაგობა—ეს ყველა ნიშნები ერთგვარად ახასიათებენ როგორც ეხინოკოკს, ისე არაპარაზიტარულ წყალბუშტებს. ჩვენს შემთხვევაში ღვიძლის სიმსივნის გარდა მუცლის ღრუში მრავლობითი წყალბუშტმაგარი სიმსივნეთა არსებობა გვაქვს. ძნელი წარმოსადგენია, რომ ღვიძლის არაპარაზიტარული წყალბუშტი ერთდამივე დროს შემჩნეული ყოფილიყოს ბადექონის ან ჯორჯალის წყალბუშტთან ერთად და მუცლის ღრუს ქვემო ნაწილების მთელ რიგ წყალბუშტებთან. ღვიძლის წყალბუშტმაგარი გადაგვარება ხშირად ვითარდება თირკმელების, საკვერცხეების, კუჭქვეშემდებარე ჯირკვლის წყალბუშტმაგარ გადაგვარებასთან ერთად, მაგრამ ჩვენს შემთხვევაში ჩამოთვლილ ორგანოთა წყალბუშტმაგარი გადაგვარება გამოკლებულია, და მასთანვე ღვიძლის სიმსივნის სურათი მის წყალბუშტმაგარ გადაგვარებისათვის დამახასიათებელი არ არის.



თუ კი ჩვენ წარმოვიდგენთ, რომ მუცლის ღრუს წყალბუშტმაგვარი სიმსივნური მეორადი წარმოშვებისაა, რომელიმე ორგანოს ავთვისებიან სიმსივნის მეტასტაზებია — ეს შეუძლებელია, რადგან ამისათვის ჩვენ არავითარი მონაცემი ვაქვს. ასეთ მეტასტაზების დროს ავადმყოფს შევამჩნევდით წყალმაკს ან კახექსიას. ამას გარდა არცაა ცნობილი ისეთი ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელსაც მრავლობით მოძრავ წყალბუშტმაგვარ სიმსივნეთა სახით მეტასტაზების მოცემა შეეძლოს.

ჩვენ ვფიქრობთ რომ აქ უნდა იყოს მუცლის ღრუს მრავლობითი ეხინოკოკი, რომლის დროსაც ყველაზე ხშირად შეიმჩნევა ხოლმე ლეიძლში ეხინოკოკის ერთი ან რამოდენიმე ბუშტის არსებობა და მუცლის ღრუში მთელი რიგი ბუშტებისა, რომელნიც რომელიმე განზღვრულ ორგანოს არ უნდა მივაკუთვნოთ.

მუცლის ღრუს მრავლობითი ეხინოკოკი ორგვარად აღმოცენდება: პირველად და მეორადად.

ეხინოკოკის ნაყოფით ორგანიზმის პირველადი დაჭერისათვის არსებობს Boeckel-ის სახრისი მის წმიდა მექანიურ გავრცელებისა ლიმფის ან სისხლის ნაკადით, რაც Neisser-ის გამოკვლევებზეა დაფუძნებული. ექვსკაკოვანი ემბრიონი, მოხედება რა ნაწლავებში, უფრო ხშირად გადის ხილურ მილებში, იქიდან კი კარის ვენის შტოებში. სწორედ ამით აიხსნება ის გარემოება, თუ ყველაზე უფრო ხშირად რისთვის ზიანდება ლეიძლი (Finsen-ით 64,4<sup>0</sup>/ო-ში) შემდეგ ნაყოფი შეიძლება გავიდეს ჯორჯალის ლიმფურ გზებში, შეჩერდეს იქ და იქვე შემდეგი განვითარება განიცადოს, ან არა და იწრიალებს რა ლიმფურ გზებში, სეროზულ საფარსაც მიაღწევს (Finsen-ით მუცლის ღრუს დაზიანება 21,17<sup>0</sup>/ო-შია შემჩნეული). ხანდახან არ ჩერდება ლიმფურ თანწყობაში და გულის სადინარიდან ნაყოფი შეიძლება სისხლის მიმოქცევა თანწყობაში გადავიდეს და მარჯვენა გულით მოხედეს ფილტვებში, საიდანაც ის შესაძლოა გამოტანილ იქნეს მარცხენა გულში და სისხლის საერთო ნაკადში, ასეთ შემთხვევაში სწორედ იქნება ეხინოკოკის წყალბუშტები ტვინში, ელენთაში, თირკმელებში, კუნთებში და სხ.

ჩვეულებრივ მხოლოდ ერთი წყალბუშტი იქნება და ყველაზე ხშირად, როგორც ჩვენ უკვე ვსთქვით, ლეიძლში, მაგრამ ზოგჯერ შესაძლოა დაკვირვებული იქნეს სხვადასხვა ადგილებში პირველადი წყალბუშტების მრავლობითი შექმნა და აქაც უფრო ხშირად ხვდება შეხამება ლეიძლის ეხინოკოკის წყალბუშტის მუცლის ღრუს ასეთსავე წყალბუშტებთან. ასეთ პირველადი მრავლობით სახის დროს, ჩვეულებრივ, ეხინოკოკის არც იმდენი წყალბუშტებია დაკვირვებული. მუცლის ღრუს ნამდვილი მრავლობითი ეხინოკოკი, ეგრედ წოდებული მასიური ეხინოკოკი, აღმოცენდება, როგორც ეს კლინიკურ და ექსპერიმენტალურ გამოკვლევებმა დაადასტურა, მეორადად, მუცლის ღრუში პირველადი ეხინოკოკის წყალბუშტის შიგთავსის ჩავარდნის ნიადაგზე მის გახეთქვის დროს ან ჩხვლეტის შემდეგ, როდესაც რომ მუცლის აპკის ჩათესვლა ხდება. პირველადი წყალბუშტის გახეთქვისას შესაძლოა მუცლის ღრუში ერთბაშად შეიღწეულ ბუშტების და სკოლექსების მთელ სიხროს ჩაქცევა ნიხდეს. ეხინოკოკის ბუშტის შიგთავსის მოხვედრა მუცლის ღრუში, თუ გინდ რომ ეს იყოს მხოლოდ გამსჭვირვალე სითხე შეიღწეულ ბუშტების და სკოლექსების მიუწარევად, ჩვეუ-

ლებრივ უშუალოდ ბუქოვან მოვლენებით აღინიშნება, რასაც ზოგჯერ ჩქარ სიკვდილამდეც მიჰყავს; მეორე შემთხვევებში ბუქოვანი მოვლენები წყნარდებიან და გაჯანმრთელება დგება; ზოგჯერ კი ორგანიზმის მთელი რეაქცია მხოლოდ დამტვრეულობაში გამოიხატება; როგორც კანონი ასეთ დროს ჭინჭრის ციებას ვამჩნევთ, მაგრამ იშვიათ შემთხვევებში ის შეიძლება არც იყოს. ეხლა ამ რეაქციას ორგანიზმის მხრივ ეხინოკოკის წყალბუშტის შიგთავსზე ანაფილაქსიით ხსნიან.

ჩვენს ავადმყოფს ანამნეზში პირველადი ეხინოკოკის წყალბუშტის გახეთქა უარყოფილი აქვს, მაგრამ ეს კიდევ არ გულისხმობს მრავლობითი წყალბუშტის პირველადად წარმოშობას, ვინაიდან ავადმყოფმა სუსტად გამოსახულ რეაქციის შემთხვევაში შესაძლოა დანტვრეულობას სათანადო ყურადღებაც არ მიუქცია. ჭინჭრის ციებასაც ავადმყოფი უარყოფს. ანამნეზში კი აღნიშნულია ორსულობა.

ეხინოკოკის მკურნალობა წმიდა ქირურგიულია. აქვს თუ არა აზრი ასეთ შემთხვევებში ოპერაციას? ამ კითხვაზე ჩვენ დადებითად უნდა ვუპასუხოთ.

ავადმყოფს ღვიძლის მიდამოში დიდი წყალბუშტი აწუხებს და ძუცლის ქვემოთ რამოდენიმე, ადვილად შესამჩნევი, ხელით გასინჯვისას, წყალბუშტები. მათი ამოცლაა საჭირო; თუ კი გზა და გზა შეიძლება ყველა წყალბუშტების ამოცლა, ისენი ამოცლილი უნდა იქნეს. და თუ დარჩენილი წყალბუშტი თანდათან გადიდება, შეიძლება და აუტილებელიცაა განმეორებითი ოპერაციის მოხდენა.

მწერლობითი ცნობებიდან ჩვენ ვიცით, რომ მუცლის ღრუს მრავლობითი ეხინოკოკიან ავადმყოფებს ზოგჯერ ოპერაციას მთელ რივ წლების განმავლობაში რამოდენიმეჯერ უკეთებდნენ.

ეხინოკოკის ღროს ოპერატიულ ჩარევის რამოდენიმე გზაწყობი არსებობს. ყველაზე ძველი გზაწესი ეხინოკოკის ბუშტის ჩხვლეტაა მიმყოლ შეშხაპუნებით რომელიმე წამლეულ ნივთიერებისა პარაზიტის მოსასპობად. ეს გზაწესი ეხლა თითქმის სავსებით დატოვებულია, ვინაიდან ის საფრთხილოა და მასთანვე ჩვეულებრივ გამოკეთებისაკენ არ მიჰყავს.

ხმარებულ გზაწყობებიდან მიუთითებთ Volkmann-ის ორმეისოვან და Liendemann Landau-ს ერთმეისოვან ოპერაციას. ამ გზაწყობების დროს გახსნილი და გამოცარიელებული წყალბუშტი მუცლის ჭრილობაში ჩაიკერება და შემდეგ შეხორცება per granulationem მიმდინარეობს. შემდეგ Thorton—Eonpox-ის გზაწესი მიდის. ოპერაცია იმაში მდგომარეობს, რომ წყალბუშტს ხსნიან, აცარიელებენ შიგთავსიდან, მასთანვე ცდილობენ მთელ ბუშტის ამოცლას-ამოღებას, რის შემდეგაც ფიბროზული კაპსულა იკერება; Eonpox-ს წინასწარ შეჰყავს საჭმელ მარილის ფიზიოლოგიური ხსნარი; ზოგიერთი ავტორები კმაყოფილდებიან დარჩენილ ღრუს ფორმალინით ან საჭმელ მარილის ფიზიოლოგიურ ხსნარით მოწმენდით და შემდეგ კი ფიბროზულ კაპსულას კერავენ.

გადათვლილ გზაწყობების დროს ამოცილება მხოლოდ პარაზიტი, ფიბროზული კაპსულა კი რჩება. უფრო გადამწყვეტ გზაწესად, მაგრამ არა ყოველ შემთხვევაში ხმარებულად, ეხინოკოკის მთელ წყალბუშტის ე. ი. პარაზიტის და ფიბროზულ კაპსულის ექსტირპაცია უნდა ჩაითვალოს. ვინაიდან ფიბროზული



კავსულა ყოველთვის ძლიერ ახლოა დაკავშირებული ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან, ამგვარ ექსტირპაციის დროს ჩვეულებრივ მეზობელ ნაწილების ამოცლაც ხდება ხოლმე. ლვიძლზე ოპერაციის დროს ამის გამო არა ერთხელ მისი ნაწილობრივი რეზექციაც მოუხდენიათ.

მუცლის ღრუს მრავლობით ეხინოკოკის დროს ჩვეულებრივ სხვადასხვა გზაწყობს მიმართავენ იმის და მიხედვით თუ როგორ მჭიდროთაა შეკოწიწებული ეხინოკოკის წყალბუშტი მასთანმდებარე ორგანოებთან და ქსოვილებთან.

ჩვენს ავადმყოფს სამი ოპერაცია გაუკეთდა. პირველი ოპერაცია — Laparotomia. კუჭის მიდამოში აღმოჩნდა სისხლის ძარღვებით დაფარული დიდი პარაკი, რომელიც კუჭს წააგავდა. მაგრამ გასინჯვის შემდეგ იგი ბადექონისაგან შემდგარი პარაკი გამოდგა და მისი გაკვეთისას გამოირკვა, რომ ის გავსებული ყოფილა ყვითელი სითხით და ეხინოკოკის ბუშტებით. ამას გარდა თვით პარაკი მრავალღრუიანი იყო. ვინაიდან პარაკი ლვიძლთან და სხვა ორგანოებთან შეკოწიწებული იყო, ამის გამო მათი გასინჯვა შეუძლებელი შეიქნა. მხოლოდ ჭიპის ქვემოლ მარცხნივ ისინჯებოდა სიმსივნე, რომელიც მარცხენა საკვერცხეს წყალბუშტი გამოდგა, რის გამოც იგი საესებით ამოიკვეთა. ამოკვეთილი წყალბუშტი ეხინოკოკის პატარა ბუშტებით იყო გავსებული.

ვინაიდან ოპერაცია საერთო ნარკოზის ქვეშ წმიდა ქლოროფორმის საშვალეებით კეთდებოდა და მასთანვე დიდ ტრავმასთან გვექონდა საქმე, ამისათვის პირველი ოპერაცია დამთავრებული იყო.

რამოდენიმე ხნის შემდეგ ლვიძლის მიდამო ძლიერ გამოებურთა და ხელის შეხებისას ეს მიდამო ოდნავ მტკივანობას და ფლუქტუაციასაც იძლეოდა. გაკვეთებულ იქნა მეორე ოპერაცია 1% ნოვოკაინის ხსნარის საშვალეებით ადგილობრივ ტკივილდაღუმების ქვეშ აღნიშნულ მიდამოს 8—10 სტმ. სიგრძით გაკვეთით, აღმოჩენილი პარაკი კანთან იქნა მიკერებული, რის შემდეგაც იგი გაიკვეთა. გაკვეთილ პარაკიდან ეხინოკოკის მკვდარი და დაჩირქებული მრავალი ბუშტები გადმოცვინდა და მათ აგრეთვე ყვითელი ფერის სითხეც გადმოყვა.

ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფს ელენთას მიდამოში მესამე ოპერაცია გაუკეთდა და აქაც პარაკი იქნა გაკვეთილი.

ხემოჩამოთვლილ ოპერაციების შემდეგ ნაოპერაციებ ჭრილობებიდან ავადმყოფს ჩირქი სდიოდა, მხოლოდ რამოდენიმე ხნის შემდეგ ავადმყოფი თავის სურვილისამებრ ფეხზე მოსიარულეთ კლინიკიდან გაეწერა.

იგონის ციხისგან უფრო იზრდებიან და ახალი რეცხვის მიწისფენი უფრო  
კონკრეტულია უფრო მეტი გიბრუნდება სივრცით და რეცხვის შედეგად  
იქნება უფრო მეტი რაზმისგან სივრცით და უფრო მეტი რაზმისგან  
დასრულებულია დასრულებულია დასრულებულია დასრულებულია  
დასრულებულია დასრულებულია დასრულებულია დასრულებულია  
დასრულებულია დასრულებულია დასრულებულია დასრულებულია  
დასრულებულია დასრულებულია დასრულებულია დასრულებულია

### ნ. რუხაძე.

## მალარია სოფელ უღეში.

ს. უღე იმყოფება ახალციხისა და აბასთუმანს შუა და მდებარეობს დაახლოებით 1100 მეტრის სიმაღლეზე. ეს სოფელი აშენებულია აჭარის მთების ციცაბო ფერდობზე და ამიტომ ის იყოფა რამოდენიმე სართულად. თითოეული სართული შეადგენს ცალკე უბანს ან მალას: ქვედა, შუა და ზედა მალა. ზედა მალა რამოდენიმე ათეული მეტრით უფრო მაღლა მდებარეობს, ვიდრე ქვედა მალა.

ს. უღეში 500 კომლი მოსახლეა. ამათში 450 კომლი ქართველი კათოლიკეა და 50 ქართველი მუსლიმანები. მცხოვრებთა საერთო რიცხვი 3000-ს უდრის. უღელი გლეხები გარდა მიწის მუშაობისა (პურს სთესავენ) ეწევიან მებაღეობას, რომელიც იქ ძლიერ განვითარებულია. ბაღები და სახნაგ-სათესი ადგილები იმყოფებიან სოფლიდან 1-2 კილომეტრის მანძილზე მდინარე ქობლიან—ჩაის ბარში.

ს. უღეში მალარიის არსებობის შესახებ პირველად შევკრიბე ცნობები 1920 წ. აბასთუმანში. აბასთუმანის მამულის სამმართველოში და ადგილობრივ ქართული ჯარის გუნდში ბევრი უღელი გლეხები მსახურობდა. მათ შორის მალარიანი ავადმყოფები აღმოჩნდა. და ისეთი გლეხებიც, რომლებიც თავის სოფლის და აბასთუმანს გარდა არსად არ ყოფილან. ამ გარემოებამ ძლიერ დამაინტერესა და განვიზრახე წავსულიყავი სოფელში და ადგილობრივად გამომერკვია ეს საკითხი. ეს განზრახვა განვახორციელე მხოლოდ 1923 წ. აგვისტოს დამლევიში.

ვეტიკრობდით ფართო ექსპედიციის მოწყობას პროფ. ამირაჯიბის მონაწილეობით, მაგრამ ეს გეგმა ვერ განვახორციელეთ სხვადასხვა მიზეზების გამო. ერთი უმთავრესი მიზეზთაგანი იყო ქინაქინის უქონლობა.

მიუხედავად ამისა მე 50,0 ქინით გავემგზავრე 23 აგვისტოს, უღეში. ეს დრო ამოვირჩიე იმიტომ, რომ აქ აგვისტოს მეორე ნახევარში მალარიის ეპიდემია აღწევს თავის უმაღლეს წერტილს. უღეში დავყავი სამი დღე. რეგისტრაციაში გავატარე 50 მალარიანი ავადმყოფი. ეს ავადმყოფები იყვნენ 41 ოჯახიდან.

30 ოჯახის შესახებ შევკრიბე ცნობები მათ წევრთა რაოდენობის შესახებ, რაც უდრის 186 სულს. მათგან მალარიანები აღმოჩნდნენ 38 სული. რაც უდრის 20,4%. ავად იყვნენ ჩემი იქ ყოფნის დროს, მაგრამ არ მოსულან სააქი-

მთ 14 სული (7,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); ავად ყოფილან იმ ზაფხულში და მორჩენილან 12 სული (5,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

საერთო რიცხვი მაღარიან ავადმყოფთა ამ სეზონში ნახსენები 50 ოჯახიდან უღრის 54 ან 34,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; ჩემს იქ ყოფნის დროს კი ავად იყვნენ 52 სული ან 27,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

რეგისტრაციაში გატარებული 50 ავადმყოფი შემდეგი უბნებიდან იყო.

- ქვედა უბნიდან . . . . . 23=46<sup>0</sup>/<sub>0</sub>
- შუა " . . . . . 5=10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>
- ზედა " . . . . . 22=44<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

შეკრებილი ცნობებიდან ჩანდა, რომ უღეში არ ყოფილა თითქმის ოჯახი, სადაც იმ წელს (მარიამობისთვეში უმთავრესად) ერთი წევრი მაინც არ ყოფილიყოს ავად. ეს გარემოება ნებას გვაძლევს ჩვენი ციფრები განვაზოგადოთ. ამიტომ დიდად არ ვიქნებით დაშორებული ქეშმარიტებიდან თუ მივიღებთ რომ საანგარიშო წელს უღეში მაღარიით დაავადყოფებული იყო მცხოვრებთა არა ნაკლებ 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

ავადმყოფების დიდი უმრავლესობა (86<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) ავად გამხდარა აგვისტოში. ივლისში—8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> და გაზაფხულზე მხოლოდ ერთი—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

მცხოვრებლებმა მითხრეს, რომ ციება აგვისტოში და სექტემბერში იცის. როგორც ეტყობა გაზაფხულის რეციდივებს აქ ადგილი არ უნდა ჰქონდეს.

ჩვენ მიერ გასინჯული ავადმყოფებიდან პირველად ავად გამხდარა 1923 წ. 29 სული=58<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. რეინფექცია—11=22<sup>0</sup>/<sub>0</sub> და რეციდივი (საეჭვო) 10=20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

ცხრილი № 1.

ავადმყოფების წლოვანობა.

წლოვანობა	0-4	5-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 და მეტი
რაოდენობა	4	4	20	8	6	5	3	0

როგორც ცხრილიდან ჩანს უმთავრესად ახალგაზდები გამხდარა მაღარის მსხვერპლი, რაც იმით აიხსნება, რომ ეს ასაკი მუშაობს უმთავრესად ბალებში, სადაც ხდება ამ სენით დაავადება. ამითვე აიხსნება ის, რომ მამაკაცები მეტია (33) ავადმყოფებში, ვიდრე დედაკაცები (17).

კოლოები. როგორც ზევით მოვიხსენიე ს. უღე მთის ციკაბო ფერდობზეა აშენებული. მთის ფერდობი რომ თავდება, იქ იწყება მდინარე ქობლიან ჩაის ბარი, რომელიც სოფლიდან ძვეს 1—2 კილომეტრის მანძილზე. მცხოვრებლებმა გამოცდილებით იციან, რომ მაღარით სნეულდებიან მხოლოდ ისინი, ვინც ბარში გაშენებულ ბალებში მუშაობს; ვინც იქ არ დადის (ქალები და ბავშვები) ნაკლებად ხდება ავად. ეს ფრიად საინტერესო და თავისებური ეპიდემიოლოგიური ფაქტორის გამოკვლევა შეადგენდა ჩემს უმთავრეს ამოცანის. თუ მაღარით ავად ხდებიან მხოლოდ ბალებში, მაშინ მხოლოდ იქ უნდა ყოფილი-

ყო მალარიის კოლოები (ანოფელესი) და სოფელში კი არა. მართლაც, მთელს სოფელში ვერსად ვერ აღმოვაჩინე დაგუბებული წყალი ან ჭაობიანი ადგილები, სადაც ანოფელესს შეეძლო კვერცხების დადება და შემდეგი განვითარება. წვიმის შემდეგ წყალი სწრაფად იწრიტება და მიდის ძირს, ბარში.

ზოგიერთ მთიან ადგილებში მალარიის კოლოების განვითარებისათვის საუკეთესო ადგილია ის სათადარიგო წყალი, რომელსაც მცხოვრებლები აგროვებენ სხვადასხვა აუზებში წვიმის შემდეგ სამეურნეო მიზნებისათვის. მაგრამ საბედნიეროდ უდეს აქვს საკუთარი წყალსადენი. სოფლის ყველა უბნებში შადრევანებია მოწყობილი და ამიტომ საჭირო არ არის წყლის თადარიგი. ამ შადრევანებთან გაშენებულია ღარები, სადაც ცხოველებს ასმევენ წყალს, თეთრეულს რეცხავენ და სხვა. ზედმეტი წყალი სწრაფად მიილტვის ძირს, ბარისაკენ. ამგვარად სოფელში კოლოს გამოჩენისათვის საჭირო დაგუბებული წყალი არ მოიპოვება.

სოფლის დასავლეთით, ნახევარი კილომეტრის მანძილზე, არის პატარა მთის მდინარე, სადაც კულექსის ჭიები ვიპოვე; აქ შეიძლება ანოფელესის ჭიებიც განვითარდნენ, მაგრამ წვიმა მათ ყოველთვის წალეკავს და ამიტომ ამას არ აქვს დიდი მნიშვნელობა. ვერც სახლებში ვიპოვე კოლოები.

მალარიის დრამა იწყება ბაღებში. ბაღები, როგორც უკვე მოვიხსენიეთ, ორი კილომეტრის მანძილზეა სოფლიდან. სოფ. უდეს გლენობის მეურნეობაში მებაღეობას საპატიო ადგილი უკავია. ბაღები გაშენებულია მდინარის პირად რამოდენიმე კილომეტრის მანძილზე.

გაზაფხულიდან დაწყებული შემოდგომამდე ბაღები ირწყვება ყოველ ორ სამკვირავში, თუ წვიმა არ მოვიდა. ამ მიზნისათვის გაყვანილი არხებით დასერილია ბაღების მთელი ტერიტორია. ზოგ არხებში მუდამ სდის წყალი, ზოგში კი მორწყვის დროს. ამ არხების კიდევები მდიდრათაა შემოსილი ბალახ-ბულახით. წყლის სითბობა ამ არხებში 24 აგვისტოს უდრიდა 10—11°R. ბაღების ერთ ნაწილს ჩოგაურები ეწოდება. ჩოგაურებში არის დიდი თხრილი, რომლის სიგძე უდრის 500 მეტრს, სიგანე 70 სტმ. და სიღრმე 17—51 სტმ., სითბობა უდრიდა 24. VIII-ს 11°R. ამ თხრილის კიდევები შემოსილია სხვადასხვა ბალახებით: ჭინჭარი, ლალატუნტა და სხვა.

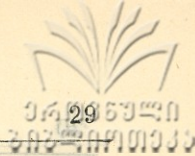
ამ თხრილში ვიპოვე ბევრი კულექსის ჭიები, ანოფელესის კი ცოტა.

მდინარე ქობლიან-ჩაიში იყო 11°R. ამ მდინარის ნაპირებზე დაგუბებულ წყლებში აღმოჩნდა ანოფელესის და კულექსის ჭიები.

ბაღებს და სოფელს შუა, აღმოსავლეთით არის საძოვარი ადგილი-უდის-ქალა. ეს ადგილი ძლიერ დაჭაობებულია. თუმცა კარგი ხანია წვიმა არ მოსულიყო, მაგრამ მაინც შეუძლებელი შეიქნა იქ გავლა. ამ ქალაში, თხრილებში და ჭაობებში სითბობა უდრიდა 12—17°.

აქ ბევრ ადგილას ვიპოვე ანოფელესის ჭიები; კულექსის კი უფრო ნაკლებად იყო. ამ ქალიდან სოფლის დასაწყისამდე, რომელიც 50 მეტრის სიმაღლეზეა ქალასთან შედარებით, ერთი კილომეტრი იქნება.

აღსანიშნავია კოლოს ჭიების მორფოლოგიური თვისებები. ანოფელესის ჭიები სამგვარი აღმოჩნდა: 1) ჩვეულებრივი მწვანე, 2) ღია მიხაკის ფერი მო-



თეთრო ზოლით თავიდან ბოლომდე და 3) მიხაკის ფერი სამი თეთრი ზოლით; პირველი წოწის ფორმის ზოლი თავიდან მეორე სეგმენტამდე მიდის, მეორეს უკავია შუა სეგმენტები და რონბის ფორმისაა, მესამე მიდის სხეულის ბოლომდე და უსწორო ფორმისაა. იყო აგრეთვე ლამაზი ვარდისფერი ჭიები.

აქ ნაპოვნია კოლოები აღმოჩნდნენ *An. maculipennis*.

რომელი თვიდან იწყება მოზამთრე კოლოების ფრენა ძნელი სათქმელია. ყოველ შემთხვევაში ამ ცივ მთიან ადგილში ორი მოდგმის მეტს ვერ წარმოშობს ანოფელესი. როცა ბალები ჩამოვიარე (24.VIII-ს) ყარაულებმა მითხრეს რომ ეს ერთი კვირაა ქინქლა (კოლო) უკვე აღარ გვაწუხებსო. კოლოების პერიოდს ისინი გათავებულად სთვლიდნენ. ეს ასეც უნდა იყოს. 15—20 აგვისტოს შემდეგ მთებში სიცივეები იწყება და კოლოები მიდიან საზამთროთ. ასეთივე მოვლენა აღვნიშნე მე აჭარაში და წებელდაში\*).

სად ატარებენ აქაური კოლოები ზამთარს? თვით ბალებში შენობები არ არის—არის მხოლოდ რამოდენიმე საზაფხულო კარვები ყარაულებისათვის და ერთი წისქვილი. ამიტომ აქ არის ორნაირი შესაძლებლობა: ანოფელესები ან ზამთრობენ ბალებში ხის ღრუებში და ფოთლებში ან მიფრინავენ სოფლებში და იქ ატარებენ შენობებში ზამთარს, რომ გაზაფხულზედ ისევ გაფრინდნენ ბალებში კვერცხების დასადებად. ორივე ეს შესაძლებლობა ფრიად ორიგინალურია და არა ჩვეულებრივი. მართლაც, როგორ წარმოვიდგინოთ, რომ რამოდენიმე თვე თოვლით დაფარულ ბალებში ატარებს ზამთარს ეს სათუთი და ფრიად მგრძნობიარე სუცივისადმი მწერი, ძნელი წარმოსადგენია აგრეთვე, რომ ის მოფრინდეს სოფელში ორი კილომეტრის მანძილზედ და 50—100 მეტრის სიმაღლეზედ. ძნელი წარმოსადგენია, რომ ჭირნახულთან ერთად სოფელში შემთხვევით მოტანილ ეგზემპლიარები იყოს მოდგმის შემნახავი. ეს საკითხი ღირსია იმის, რომ სპეციალურმა ექსპედიციამ შეისწავლოს; სოფელში კოლოს მოფრენის ან შემოტანის შესახებ შემდეგ გვექნება ლაპარაკი.

პარაზიტოლოგია. უპირველესად ყოვლისა უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ 42 დადებითი ანალიზიდან არ იყო არც ერთი შემთხვევა *pl. malariae*'სი. უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს ჯიში ჯერ არ შემოუტანიათ უდეში. მეორე საინტერესო ფაქტი არის ტროპიკული პარაზიტის უმეტესობა. 50 ანალიზიდან 42 დადებითი იყო: *pl. praecox* 28=66,7%, *pl. vivax* 13=30,9% და შერეული (*p+v.*) 1=2,4%.

საზოგადოთ ჩვენში ტროპიკული პარაზიტი აგვისტოში და სექტემბერში აღწევს თავის მაქსიმუმს. ამიტომ შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ეს პარაზიტი აქაც ამ თვეებშია *vivax*'ზე მეტი, გაზაფხულზედ კი *vivax*'ი შეიძლება მეტი იყოს, როგორც ეს მახალითად. შავი ზღვის პირად მდებარე ადგილებშია. მაგრამ ჩვენ უკვე დაინახეთ, რომ გაზაფხულში მალარიან ავადმყოფთა რიცხვი ფრიად მცირე იყო უდეში. ეტყობა გაზაფხულის რეციდივებს აქ ადგილი არა აქვს, რაც აიხსნება *vivax*'ის მცირეოდნობით.

\*). იხ. ჩემი მოხსენებები: „Малярия в Цесельде и ее окрестностях“ и „Малярия в Дальском Ущельи“

ეს ფაქტი ეწინააღმდეგება ჩვეულებრივ შეხედულებას ტროპიკული პარაზიტის შესახებ. ეს პარაზიტი ითვლება ტერმოფილურ პარაზიტად და ამიტომ მისი არსებობა ცივ მთიან უღელში ძნელი ასახსნელი ხდება. ჩვენ გვგონია ამ ფაქტის ახსნა შეიძლება ბუნებრივი შეჩვევის კანონით: უღელში vivax-ი გაცილებით უფრო ადვილად ილუპება, ვიდრე praecox-ი.

მაგრამ სანამ ამ შერჩევის გავლენას ავხსნიდეთ, საჭიროთ მიმაჩნია მივაქციო ყურადღება ერთ ფრიად საინტერესო მოვლენას-სახელდობრ მაღარისაგან თვეითგანკურენას. ვისაც მაღარიან ადგილებში უმუშავნია, კარგად მოეხსენება რომ ზოგიერთ შემთხვევებში მაღარიანი ავადმყოფი უწყამლოდ იკურნება ამ სენისაგან. დაბლობ ადგილებში და თბილ ქვეყნებში ასეთი შემთხვევები მცირეა და უმთავრესად შეეხება ისეთ ავადმყოფებს, რომლებსაც სისხლში pl. vivax-ი ჰყავთ. მთა ადგილებში და ცივ ქვეყნებში კი თვითგანკურენა ფართო ხასიათს ღებულობს და ეხება პარაზიტების ყველა ფორმებს. ს. უღელში ბევრი ყოფილა ისეთი შემთხვევები, როდესაც რამოდენიმე დღე ან კვირა უტყუებია ავადმყოფისათვის და შემდეგ უწყალოდ მიუტოვებია ციებას. ამ მხრით საინტერესოა შემდეგი შემთხვევა: ბაღებში რომ ვიყავი რამოდენიმე ავადმყოფი გავსინჯე; იქვე იყო ვინმე გ-ლი, რომელსაც ტუჩებზე გამოყრილი ჰქონდა (herpes labialis) და ვკითხე ავად ხომ არა ხართქო. მან მიპასუხა „ერთი კვირის წინათ გამაცოცხა; სამი დღე მაციებდა და ეხლა ოთხი დღეა კარგად ვარ“. ჩემი თხოვნის შემდეგ დამთანხმდა გასინჯვაზედ. ელენტა ერთ ნაწევარ თითით ქონდა გადიდებული და სისხლში აღმოჩნდა pl. praecox-ის მრავალი გამეტები. არავითარი წამალი მას არ უხმარია. ასეთი შემთხვევები აქ მრავალია. ასეთ „მორჩენილებს“ გამეტები დიდხანს ექნებათ სისხლში. მაგალითად, გაგრაში პარაზიტის მატარებელი უმთავრესად pl praecox-ის გამეტები აღმოაჩნდათ სისხლში. ეს პარაზიტები ცხოვრობდნენ ამ მატარებელთა ორგანიზმში არა ნაკლებ ერთი წლისა\*). თანაბარ შემთხვევებში vivax-ი უფრო ადრე მოისპობა, ვიდრე praecox-ი. ყოველ შემთხვევაში pl. vivax-ი პერიფერიული სისხლში უფრო იშვიათად იქნება. ისიც უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში, რომ თუმცა pl. praecox-ის აღორძინებისათვის საჭიროა უფრო მეტი სითბო, ვიდრე სხვა ფორმებისათვის, მაგრამ ამავე praecox-ის სქესობრივ ფორმებს უფრო ადვილათ შეუძლიათ გადაიტანონ ყოველივე ცუდი პირობები და მაშასადამე სიცხეც, ვიდრე vivax-ს. ამიტომ praecox-ს მეტი შანსები აქვს გამრავლდეს და გავრცელდეს ანოფელისის შემწეობით ს. უღელში.

ჩვენი მოსაზრება vivax-ის უფრო ადრე მოსპობის შესახებ (ზოგიერთ შემთხვევებში) შედარებით praecox-თან მტკიცდება ფრიად საგულისხმიერო ექსპერიმენტარული ფაქტებით, რომლებიც პროფ. Mühlens-ს აქვს მოყვანილი ერთ თავის შრომაში (იხ. Klinische Wochenschrift № 52. 1923).

უღეს მაღარიის პარაზიტოლოგიაში არის ერთი საკითხი, რომელიც განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს. მე მაქვს მხედველობაში პარაზიტის განვითარება კოლოს კუჭში.

\*) Д-р. Н. П. Рухадзе: „Противомалярийная компания в Гаграх в 1923 г. Сухум. 1924 г. изд. курорта Абхазии.



როგორია მინიმალური ტემპერატურა, რომელიც ესაჭიროება პარაზიტს კოლოს კუჭში განვითარების დროს? ეს საკითხი არ არის ჯერ საბოლოოთ გადაწყვეტილი. *Pl. vivax*-ისათვის მინიმუმად ითვლება  $14^{\circ}\text{C}$ ., *praecox*-ისათვის კი  $24-25^{\circ}\text{C}$ . *Schio*-ს აზრით პირველ ორ დღეში ტემპერატურა უნდა იყოს არა ნაკლებ  $20^{\circ}\text{C}$ , შემდეგ ნაკლები ტემპერატურის დროსაც შეიძლება მოხდეს მათი განვითარება. ყველა მკვლევარი თანახმა არის იმაში, რომ *praecox*-ს ესაჭიროება უფრო მაღალი ტემპერატურა, ვიდრე სხვა ფორმებს, და ეს ტემპერატურა უნდა იყოს არა ნაკლებ  $20^{\circ}\text{C}$ .

ჩვენი ავადმყოფების დიდი უმრავლესობა ავად გამხდარა აგვისტოში, პირველ რიცხვებიდან დაწყებული. მაშასადამე კოლოს ტანში პარაზიტის განვითარება უნდა მომხდარიყო ივლისში. ს. უდეს შესახებ მეტეოროლოგიური დაკვირვებანი არ მოიპოვება. ეს სოფელი თითქმის იმავე სიმაღლეზეა (არა ნაკლებ 1100 მეტრისა), როგორც ქვედა აბასთუმანი, სადაც არის მეტეოროლოგიური სადგური. ივლისში აბასთუმანში საღამოს ტემპერატურა მხოლოდ ერთხელ ასულა  $20^{\circ}\text{C}$ . დილით  $17^{\circ}$ -ს არ აშორებია. დღე ღამის შუათანა მხოლოდ სამჯერ იყო  $20^{\circ}\text{C}$ . თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ ფაქტს, რომ კოლოები იქ ღამეს ატარებენ მხოლოდ ჰაერზედ (რადგანაც შენობები არ არის) მაშინ ჩვენ შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ უდესში არ არსებობს ის ტემპერატურული პირობები, რომელიც აუცილებლად ითვლება ტროპიკული პარაზიტის განვითარებისათვის კოლოს კუჭში.

სოფლები იმ აზრის არიან, რომ ვინც ბაღში არ დადის, არ გააცივბსო. არის ოჯახები, რომელიც 10—12 სულიდან შესდგება; იმათგან ბაღში დადის ორი ან სამი და სწორეთ ეს უკანასკნელნი ხდებიან ავად ციებით, განურჩევლად მათი წლოვანობისა და სქესისა. ჩვენ მიერ შეკრებილი ცნობებიც ამტკიცებს ამ ფაქტს. 50 ავადმყოფიდან დადიოდა ბაღებში, მაგრამ ღამე არ გაუთევებია იქ . . . . .  $32=64\%$   
 ღამეს ათევდა ბაღებში . . . . .  $8=16\%$   
 სრულიად არ ყოფილა ბაღებში . . . . .  $6=12\%$   
 ცნობები არაა . . . . .  $4=8\%$

როგორც ხედავთ მხოლოდ  $12\%$  გამხდარა ავად იმათგან, ვინც ბაღებში არ დადიოდა. ეს ადვილი ასახსნელია სოფელი მჭიდროთაა დაკავშირებული ბაღებთან. ოჯახის რამოდენიმე წევრი მუდამ დღე დადის ბაღებში სამუშაოთ და საღამოს ბრუნდება იქიდან დატვირთული სხვადასხვა ჭირნახულით. რასაკვირველია ამ ტვირთს ადვილად შეიძლება მოჰყვეს სოფელში თითო ოროლა ეგზემპლიარი ანოფელესისა, რომლებიც ავრცელებენ მალარიას იმათშიდაც, ვინც ბაღებში არ დადის.

ის რვა ავადმყოფი, რომლებიც ღამეს ათევდენ ბაღებში უფრო ძლიერ დასნეულებულნი იყვნენ და ყველა მათგანს აღმოაჩნდა სისხლში პარაზიტები.

როგორც ზემო მოყვანილ ფაქტებიდან ჩანს, იქ ანოფელესები იკბინებიან უმთავრესად დღისით. ესეც ეწინააღმდეგება საზოგადოთ გაბატონებულ აზრს. რასაკვირველია, ამ შემთხვევაში ჩვენ ვხედავთ ბუნებაში ფრიად გავრცელებულს შეგუების მოვლენას. ჯიშის შენახვის ინსტიქტი აიძულებს ანოფელესს დღისით იშვოვოს სისხლი, რაც ს. უდესში უფრო ადვილია, ვიდრე ღამით შოვნა.



სტიმოსი. ინტელის ექვემდებარებად უფრო მეტი ტერიტორია უნდა მიეძღვნებინათ. აქვე უნდა დამსახურებული პირებისათვის სასაზღვრო უფლებების გაზიარება. ინტელის მართვის უფლებები უნდა გადაეცეს უფრო მეტი ტერიტორიის მოსახლეობისათვის. ინტელის მართვის უფლებები უნდა გადაეცეს უფრო მეტი ტერიტორიის მოსახლეობისათვის.

### II

## მიმოხილვები.

### 3. მუსხელიშვილი.

თვალის სნეულებათა ლექტორი.

#### თვალის სნეულებათა კლინიკები

##### (საზღვარ გარეთ მივლინების შთაბეჭდილებანი)

მე თვის მივლინება, რასაკვირველია, მცირეა იმისთვის, რომ შესაძლებელი იყოს, ადამიანი დაათვალიეროს დასავლეთ ევროპის ძველი კლინიკებიც კი და ამოსწუროს პასუხი მრავალ კითხვებზე, რომელნიც წამოიჭრებოდა ხოლმე უნივერსიტეტში მუშაობის დროს. მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში სხვადასხვა კლინიკებში სამეცნიერო მუშაობის ერთფეროვნებას და ამ მუშაობის განსხვავებას მხოლოდ წვრილმანებში, მაშინ რამოდენიმე დიდი კლინიკის დათვალიერებაც ყურადსაღებად და საგულისხმეოდ უნდა ჩაიოვალოს.

მივლინების განმავლობაში შექონდა საშვალეა დამეთვალიერებინა მიუნქენის თვალის უძველესი კლინიკა, პარიზის კლინიკა Hôteლ Dieu-ში, ბერლინის კლინიკები და ქალაქის საავადმყოფოს თვალის სნეულებათა განყოფილება, და ბოლოს—მოსკოვის სამივე უნივერსიტეტის თვალის სნეულებათა კლინიკები.

მივლინების დრო არ გამინაწილებია თანასწორად დათვალიერებულ კლინიკებს შორის. პარიზში მე ვიყავი სულ 8 დღე, მიუნქენში—5 კვირა, ბერლინში—6 კვირა და მოსკოვში 8 დღე.

კლინიკები მოთავსებულია ან საკუთარ შენობაში (მიუნქენი), ან ქალაქის ძველ საავადმყოფოებში (პარიზი, ბერლინი).

ცხადია, რომ საკუთარი შენობები უფრო შეფარდებულნი არიან კლინიკის მიზნებთან. ამით მე არ მინდა ვსთქვა, რომ შინაური ცხოვრება და მუშაობა სხვადასხვა იყოს. პირიქით, მცირე გამონაკლისის გარდა, კლინიკური მუშაობა ყველგან მაღალ დონეზეა დაყენებული მიუხედავად იმისა, აქვს კლინიკას საკუთარი შენობა თუ იგი მოთავსებულია ქალაქის საავადმყოფოში.

როგორც ტიპიურს, ავწერ მიუნქენის უძველეს კლინიკას, სადაც დიდხანს, უკანასკნელ ზაფხულამდე, მუშაობდა ცნობილი მეცნიერი—ოკულისტი პროფ. Hess-ი.

შენობა 4 სართულიანია; ნაანგარიშები 150 საწოლისთვის და შესაფერი-სი და, მაშასადამე, დიდი ამბულატორიისათვის. კლინიკაში 4 განყოფილებაა:

მამა-კაცების, დედა-კაცების, ბავშვების და გადამდებ სნეულებით ავადმყოფთათვის. განყოფილებები სრულიად გამოყოფილნი არიან, როგორც ბინის, აგრეთვე შტატის მხრივ. შენობის დიდი სივრცე ხელს უწყობს საწოლების თავისუფალ მოთავსებას. ამას გარდა, ცალკე გამოყოფილია ბავშვების განყოფილებაში ორი დიდი ოთახი: ერთში სკროფულოზით ავადმყოფებს სწამლობენ ულტრაიის სხივებით, მეორე ოთახი მიჩენილია ბავშვების სათამაშოდ: ამ დიდ, ნათელ ოთახში მე შევედი სწორედ მაშინ, როდესაც ოცამდე ბავში ფერხულში იყო ჩაბმული და მღეროდა რაღაც პოპულარულ ჰანგით. ეს სურათი ჩემთვის უცხო იყო, მაგრამ თუ ჩაუუკვირდებოდა, — შიგ ჩანერგილია ფრიად სალი აზრი, არა მარტო პედაგოგიური, არამედ ჯანმრთელობის მხრივაც კი.

ამბულატორია მოთავსებულია პირველ სართულში. შესდგება ავადმყოფისათვის საცდელ ოთახისაგან; აქვე სწარმოებს პირველად მოსულ ავადმყოფების ჩაწერა. შემდეგ დიდ ოთახში რამოდენიმე ორდინატორი იღებს და სწამლობს ავადმყოფებს. აქვე ხდება რეფრაქციის მხრივ გამოკვლევა. შემდეგი სამი ოთახი ბნელია ოფთალმოსკოპით გასასინჯათ. ამ ოთახებში მოწყობილნი არიან ახალი აპარატები, რომელთა შესახებ გვექნება ქვევით უფრო ვრცლად ლაპარაკი.

პირველსავე სართულში მოთავსებულია: ჰისტოლოგიური, ბაქტერიოლოგიური და რენტგენის სხივების კაბინეტები და აგრეთვე აუდიტორია. ყველა კაბინეტებს ყავს საკუთარი შტატი და საქმე ფართოდ არის დაყენებული. აუდიტორიას უკეთესი არაფერი მოეთხოვება: დიდი, ნათელი დარბაზი, რომელშიც მსმენელთათვის საჯდომები მოწყობილია ამფითეატრად. კედლები მოფენილია დიდრონი სურათებით, როგორც ნორმალი, აგრეთვე პათოლოგიური ჰისტოლოგიიდან. ლექტორის უკან კედელზე გაკრულია აფარი (ეკრანი). ნათელი აუდიტორია როცა საჭიროა, ელექტრონის საშვალებით უცბად იქცევა სავსებით ბნელ ოთახად და აფარზე მსმენელებს უჩვენებენ იმას, რაზეც ლექტორი ებასება.

პირველსავე სართულში მოთავსებულია უზარმაზარი ბნელი ოთახი, სადაც ერთდროულად შეუძლიან 30—40 მსმენელს გასწიოს ოფთალმოსკოპიაში პრაქტიკული მეცადინეობა. მოწყობილობა, როგორც სტაციონარული განყოფილების, აგრეთვე ამბულატორიის, მშვენიერია. აქ მეფობს რკინა, სარკის მინა და ელექტრონი. უკიდურესი სისუფთავე, რომლის დაცვასაც ხელს უწყობს შენობის ვარგისობაც, ფანჯრების ფარდები, რომელნიც ემსახურებიან სინათლის რაოდენობის რეგულიაციას, რბილი საწოლები მშვენიერი საცვლებით და ლეიბ-საბნები-სტოვებენ საუკეთესო შთაბეჭდილებას. განათება ელექტრონისაა; ელექტრონი მუშაობს, როგორც ღამით, აგრეთვე დღისით. სტაციონარულ განყოფილებაში იმ ავადმყოფთათვის, რომელთაც ოპერაციის შემდეგ შეუძლიათ სიარული, სამხრეთით მოწყობილია ფართო შუშაბანდი, სადაც ჩამწყვირებულია რბილი სავარძლების რიგი. აი, აქ ატარებენ თითქმის მთელ დღეს ავადმყოფნი, რომელთაც ოპერაცია უკვე გაკეთებული აქვთ. თუ მივიღებ მხედველობაში, რომ უმეტეს შემთხვევაში კატარაქტის ექსტრაქცია უკეთდება ღრმად მოხუცებულებს, რომელთა ლოგინში ხანგრძლივი წოლა გაუნძრევლად სახიფათოა, ესეთი წესი სავარძლებში გადაყვანისა სავსებით მიზან შეწონილად უნდა ჩაითვალოს.

აპბულატორიაში განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს შემდეგი გარემოება: გარდა იმისა, რომ ყველა საჭირო აპარატი არის, ყოველი აპარატის რამდენიმე ცალია. მაგალ. თითქმის ყველა კლინიკებში, რომელიც მე დავათვალიერე, Zeiss'-ის რქოვანას მიკროსკოპი 4—5 ცალია; აგრეთვე სხვა მუდამ დღიურად სახმარებელი აპარატები. თქმა არ უნდა, რომ არც ერთ კლინიკაში არ განიცდიან წამლების შიმშილს.

მე ავწერე მიუნქენის თვალთა სნეულების კლინიკა. მართალია, მიუნქენის კლინიკა ძველი კლინიკა არის, მოთავსებულია საკუთარ შენობაში, ხელმძღვანელობდა მას ცნობილი პროფ. Hess'-ი, მაგრამ ცოტა განსხვავებით იგივე თითქმის, როგორც პარიზის, აგრეთვე ბერლინის კლინიკებზე. შესაძლებელია, ჩვენი ნორჩი კლინიკისათვის ზოგიერთი რამ, როგორც, მაგალითად, თბილი შუშაბანდი და რამოდენიმე საოფთალმოსკოპიო ოთახი, ფუფუნებას წარმოადგენდეს. ძველ კლინიკებსაც ამ მხრივ შეეძლოთ შეეზღუდათ მოთხოვნილებანი და ამ შეზღუდვით დიდად არ წააგებდნენ. მხოლოდ აი, რას თვლიან იქ აუცილებელ საჭიროებად და რის გარეშე ვერ წარმოუდგენიათ კლინიკის ნორმალურ პირობებში ცხოვრება და არსებობა: ეს არის მთელი რიგი ახალი აპარატებისა, რომელთა რიცხვი მცირე არ არის. ეს აპარატები თითო ცალი ყოველ შემთხვევაში, ზოგან 4—5 ცალი, —აქვს ყველა კლინიკას. იქ ვერც კი წარმოუდგენიათ, როგორ შეიძლება დღეს დღეობით კლინიკა საჭირო სიმალლეზე იდგეს, თუ კი არ ექნებათ აპარატები, რომელნიც ემსახურებიან როგორც თვალის სნეულებათა დიაგნოსტიკას და თერაპიას, აგრეთვე პედაგოგიურ მიზნებს.

როგორც ზევით მოვიხსენიე, ახალ აპარატთა რიცხვი მცირე არ არის; მე აქ აღვნიშნავ ზოგიერთ მათგანს:

#### 1. Vessel'-ის აპარატი.

არ ვიცი რა მიზეზით, აპარატს ხმარობენ მხოლოდ მიუნქენის კლინიკაში; სხვა კლინიკებში არსად მინახავს. ეს მაშინ, როდესაც Vessel'-ის აპარატს აქვს დიდი მნიშვნელობა და უპირატესობა. აპარატს ხმარობენ რქოვანას წყლულის დასაწვავად ისევე, როგორც აქამდის და ეხლაც მივმართავთ თერაპიას—ან გაღვანოკაუტერიზაციას. უპირატესობა Vessel'-ის აპარატისა იმაში მდგომარეობს, რომ სრულიად არ არსებობს შიში რქოვანას გარღვევისა. ჩემს დროს ჩატარდა წამლობა 7 ავადმყოფის, რომელთაც ჰქონდათ მცოცავი წყლული რქოვანაზე, პნევმოკოკების მიერ გამოწვეული. რქოვანას ღრმად დარღვეული ქსოვილი, მისი შემღვრევა, წინა საკანში ჩირქის რაოდენობა და ფერადი გარსის ანთება ნათელ ყოფდა, რომ ძლიერ ინფექციასთან გვექონდა საქმე. შევიდივე შემთხვევაში წყლული დაიწვა Vessel'-ის აპარატის საშუალებით. ყველა შემთხვევაში მშვენივრად ჩაიარეს; არც ერთ შემთხვევაში რქოვანა არ გარღვეულა. თვით აპარატი მარტივია და ადვილი სახმარებელი.

2. პროფ. Gullstrand'-ის დიდი ოფთალმოსკოპი. (Groses ophtalmoscope nach prof. Gullstrand).

დიდი ოფთალმოსკოპი გვაძლევს შეძლებას თვალის ფსკერი გავსინჯოთ, როგორც ცალი თვალთ, აგრეთვე ბინოკულარულად. გარდა იმისა, რომ თვალის ფსკერი იკვლევა ურეფლექსოდ და სავსებით ნათლად, სტერეოსკოპულ (ბი-

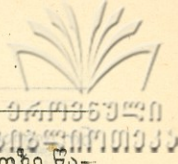
ნოკულარულ) ხედვას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. მაგ. მხედველობის ნერვის დვრილის შემუშება დასაწყისშივე ადვილად ირკვევა, რასაც ჩვენ ვერ ვიტყვიტ ცალი თვალით გამოკვლევის დროს. დიდი ოფთალმოსკოპის დიდი ღირსება კიდევ იმაში მდგომარეობს, რომ მის მეოხებით თვალის ფსკერის დანახვა, სრულიად ნათლად, შეუძლიან იმასაც, ვისაც არას დროს ოფთალმოსკოპი ხელში არ აუღია. ოფთალმოსკოპი აგრეთვე საგულისხმოა პედაგოგიური თვალსაზრისით: ხელმძღვანელს და მსმენელს აქვთ შეძლება ერთ და იმავე დროს დაათვალიერონ თვალის ფსკერი. ოფთალმოსკოპს თანდართული აქვს სახატავი დაფა, რომელზეც მექანიურად შესაძლებელია აღინიშნოს ის, რასაც თვალით ხედავს მკვლევარი. ოკულარების გამოცვლის საშვალებით თვალის ფსკერის გამოხატულება შეგვიძლიან გავადიდოთ 5-დან 40-დე.

### 3. რქოვანას მიკროსკოპი (Hornhautmicroscop).

ამ აპარატის საშვალებით თვალის წინა ნაწილი, რქოვანა, წინა საკანი, ფერადი გარსი და ბროლი ისინჯება წარმოუდგენელის ზედმიწევნობით. ოკულარის და ობიექტივების შეფარდებით თვალის წინა ნაწილი იკვლევა 8—10 გადიდებით. ცხადია ამ პირობებში თვალის წინა ნაწილი იძლევა ისეთ სურათს, რომელსაც ვერ მივიღებთ სხვა მეთოდებით გამოკვლევის დროს. აპარატს სრულიად კანონიერად ჰქვიათ მიკროსკოპი: ცოცხალ თვალზე წინა ნაწილის ქსოვილებს ჩვენ ვათვალიერებთ მიკროსკოპიულად. 103—ჯერ გადიდება საკმარისია, რქოვანას ინერვაციის დასანახად და დასარწმუნებლად იმაში, რომ რქოვანა შესდგება შრეებისაგან (4. პროფ. გულშტრანდის ხვრელებრივ სანათი). გულშტრანდის ხვრელის დანიშნულება არის გამოსაკვლევ ქსოვილი ძლიერად გააშუქოს. მართალია გაშუქებული ადგილი მკირეა, მაგრამ მკაფიოდ და მძლავრად განათებულია. აპიტომ ჩანს ყოველი წვრილმანი, რომელსაც ჩვეულებრივის გზით განათების დროს, რასაკვირველია, ვერ დავინახავთ. სხვადასხვა სისტემის თვალის მიკროსკოპი და გულშტრანდის ხვრელებრივი სანათის კომბინაცია გვაძლევს საშვალებას გავსინჯოთ თვალის კაკლის ზრმა ნაწილები, როგორც მინებრივი და მთლიანად თვალის ფსკერი. ამასთან გამოსაკვლევ ი ადგილი, მძლავრად განათებული ხვრელებრივი სანათის გამო, მიკროსკოპის საშვალებით გვეჩვენება გადიდებულ გამოსახულებად და, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ გადიდება შესაძლებელია 108—ჯერ, ცხადია თვალის ფსკერის დათვალიერება ხდება მიკროსკოპიულად. ამის გამო ცოცხალ თვალში ჩვენ ვხედავთ მის მიკროსკოპიულ აგებულებას და ყოველ წვრილმან პათოლოგიურ ცვლილებას, რასაც, ეჭვს გარეშეა, ჩვეულებრივის მეთოდით ვერ შევამჩნევთ.

მე ზემოდ აღვნიშნე რთული აპარატები; მაგრამ არიან არა ნაკლებ მნიშვნელოვანი და საჭირო, რთული და მარტივი კონსტრუქციის აპარატები, როგორც მაგალ., პროფ. Hess-ის პუპილოსკოპი, აპარატი თვალის ფსკერის გამოსაკვლევად უწითელსხივოდ, ორთოფორიის და ჰეტეროფორიის გამოსაკვლევად და სხვ. კლინიკის ცხოვრებისათვის და სამეცნიერო მუშაობისათვის მათი აუცილებლობა ეჭვს გარეშეა.

როგორც ვხედავთ ტენიკის მხრივ უკანასკნელ დროს მძლავრი ნაბიჯია წინ ვადადგმული. მხედველობის ორგანოს გამოკვლევა, პათოლოგიურ მოვლენა-



თა ნაადრევი დიაგნოსტიკა და მასთან დაკავშირებული სნეულებათა დროზე წამლობა საკმარისად უზრუნველყოფილია.

როგორ არის დაყენებული საქმე თვალის ქირურგიის და თვალის ახალი მეთოდით წამლობის მხრივ?

მივლინებაში წასვლის დროს უკვე გაცნობილი ვიყავი ლიტერატურიდან ოპერაციების ზოგიერთ ახალ მეთოდს. ახალი მეთოდების ავტორები და ხანდახან არა ავტორებიც დიდ მნიშვნელობას აძლევენ მათ და ძველ მეთოდებთან შედარებით დიდ უპირატესობას აღიარებდნენ. თუნდაც დავასრულოთ პორტუგალიელი ოკულისტის Barraquet's კატარაქტის ამოწოვა სპეციალურად ამისთვის გამოგონილი აპარატით. ან კატარაქტის ექსტრაქცია კონიუნქტივის ქვეშ — მეთოდი, რომელიც სავსებით უზრუნველ გვყოფს ინფექციისაგან (Jachs, Friede). მეორის მხრივ მინდოდა მენახა ოპერაცია, რომელსაც ჩვენს კლინიკაში ვერ ვაკეთებდით: 1. Elliot's სკლერექტომია და 2. Krönlein's ოპერაცია. Elliot's სკლერექტომიას ვერ ვაკეთებდით, რადგან საჭირო იარაღი, ტრეპანი, არა გვქონდა; Krönlein's ოპერაციას ვერ ვაკეთებდით იმიტომ, რომ, გარდა საჭირო იარაღების უქონლობისა, ოპერაციის რთული ტექნიკა მოითხოვდა ერთხელ მაინც მის ხილვას.

Barraquet's ოპერაციის შესახებ უნდა მოგახსენოთ, რომ ჩემს იქ ყოფნის დროს ეს ოპერაცია არ გაუკეთებიათ. მხოლოდ გამოკითხვით ვიცი, რომ პარიზში ყოფილა ოპერაციის ავტორი და თვით გაუკეთებია ოპერაცია De-Laperçonn's კლინიკაში. ჩემს შეკითხვაზე, თუ რა შედეგი მოჰყვა ოპერაციას, მიპასუხეს, რომ 10-დან 8 შემთხვევაში განვითარდა ირიდო-ციკლიტი მხედველობისათვის სამწუხარო შედეგებით. იმ შემთხვევებში კი, რომელიც ჩვენ გავაკეთეთ, დაუმატა კლინიკის უფროსმა ასისტენტმა, შედეგები უარესი იყო. ასეთივე მწარე შედეგი მოჰყოლია Barraquet's ოპერაციას ბერლინის კლინიკაში, სადაც იგი რამოდენიმეჯერ გაუკეთებიათ. ესლა ამ ოპერაციას იქ, დასავლეთ ევროპის იმ კლინიკებში მაინც, რომელიც მე დავათვალიერე, აღარ აკეთებენ. ეს გასაგებიც არის: დადებით მხარეებს, რომელიც ამ ოპერაციას აქვს, — ინფექციისაგან უზრუნველყოფა რგვალი გუგისა, — თანა სდევს დიდი ნაკლი, და, რასაკვირველია, ჯერ-ჯერობით მაინც ვერ დაიჭერს Graefe's კლასიკურ ექსტრაქციის ადგილს. რაც შეეხება კონიუნქტივის ქვეშ კატარაქტის ექსტრაქციას, ოპერაციის ეს წესი არსად არის შემოღებული. მხოლოდ ოპერაციის რაღაც ამგვარი წესი De-Laperçonn's კლინიკაში აქვს შემოღებული პროფ. Terrien's. Terrien's ექსტრაქცია მით განიორჩევა Graefe's კლასიკურ ოპერაციიდან, რომ იგი ხაზებრივ გაკვეთის დროს კონიუნქტივას სავსებით არა ჰკვეთავს: სტოვებს კონიუნქტივის ვიწრო ხილს.

Terrien's წესის უპირატესობა გამოიხატება შემდეგში: 1. კრილობის საზრდოობა ოპერაციის შემდეგ უკეთეს პირობებში ხდება, და 2. კრილობის ინფექცია ნაკლებად შესაძლებელია. ჩვენს კლინიკაში ოპერაციის ეს წესი უკვე შემოღებულია. პირველმა ოპერაციამ ჩაიარა იმდენად კარგად, რომ უკეთესს ვერ მოგიტხოვდით: ოპერაციის შემდეგ თვალი თითქმის სრულიად არ განიცდიდა გაღიზიანებას, შედეგი მხედველობის მხრივ იშვიათი. მხოლოდ მეორე და მესა-

მე შემთხვევა არ იყო ასეთი გამამხნეველი, თუმცა არც ამ შემთხვევაში ყოფილა გართულება. მომავალი გვიჩვენებს, აქვს თუ არა Terrien-ის წესს უპირატესობა Graefe-ს ექსტრაქციის წინაშე და რამდენად სასურველია მისი ფართო გავრცელება.

Elliot-ის სკლერექტომია პირველად გამოქვეყნებული იყო ავტორის მიერ 1913 წელში. იმ ხნიდან დაწყებული იგი თანდათანობით პოპულარს მოქალაქეობრივ უფლებას გლავკომიის წინააღმდეგ მიმართულ სხვა ოპერაციათა შორის. დღეს უკვე მრავალი დაკვირვება გამოქვეყნებული. რასაკვირველია Graefe-ს ცნობილ ირიდექტომიას უცილებელი ადგილი უჭირავს გლავკომიის წამლობის დროს, მხოლოდ სკლერექტომიას თავისი არა ნაკლები მნიშვნელობა აქვს. ამის შესახებ აი რას ამბობს Poulard-ი თავის შრომაში „Traité d'ophtalmologie“. Parmi les nombreuses opérations préconisées et pratiquées contre le glaucome, il en est une, l'iridectomie, qui depuis longtemps et à juste titre, tient première place. Plus récemment, une nouvelle opération, très logique, la sclérotomie, est venue dans la thérapeutique chirurgicale du glaucome: elle mérite une place importante dans le traitement des glaucomes et particulièrement de ceux, qui n'ont pas été enrayés par l'iridectomie“. რასაკვირველია, სკლერექტომიის შემოღება ჩვენს კლინიკაში სასურველი იყო, მაგრამ, როგორც უკვე მაქვს ნათქვამი, ტრეპანის უქონლობის გამო ვერ ვაკეთებდით. ეს ოპერაცია ორჯელ ვნახე ბერლინში პროფ. კრიუკმანის კლინიკაში. ოპერაციის ტექნიკა ფრიად მარტივია. რა შედეგებს მოგვცემს სკლერექტომია ჩვენს კლინიკაში, ამას შემდეგ გავიგებთ. პარიზის და ბერლინის კლინიკებში სკლერექტომიას Elliot-ის წესით აქვს მოპოებული სრული მოქალაქეობრივი უფლება და შედეგებითაც იქ სასეებით კმაყოფილნი არიან, როდესაც მით სარგებლობენ ქრონიკულ ანთებითი და სადა გლავკომის წინააღმდეგ (Glaucoma infl. chronicum et glaucoma simplex). მწვავე ანთებითი გლავკომის წინააღმდეგ დღესაც ხმარობენ მხოლოდ Graefe-ს კლასიკურ ირიდექტომიას.

რაც შეეხება Krönlein-ის ოპერაციას, მისი ნახვის შემთხვევა არ. მქონია. ადვილი გასაგებიც არის. Krönlein-ის ოპერაცია მიმართულია უმთავრესად ხორცმეტის წინააღმდეგ, რომელიც ვითარდება თვალბუდეში თვალის კაქლის უკან. ასეთი ხორცმეტი შედარებით იშვიათია.

არა ქირურგიულ წამლობას ამ უკანასკნელ წლებში, როგორც ეტყობა არ განუცდია ყურადღების ღირსი ცვლილება. შეიძლება მეტიც ვთქვათ: ყველგან არ სარგებლობენ ყველა წესებით, რომლებითაც სრულიად ნაყოფიერად შეეძლოთ ესარგებლათ. პირადად მე უმთავრესად მაინტერესებდა პროტეინო—და ვაქცინოთერაპია. ჩემ მიერ დათვალეიერებულ კლინიკებში ხმარობენ პროტეინოთერაპიის მიზნით მხოლოდ რძეს. მისი ხმარებაც არ არის ფართოდ გავრცელებული. რაც შეეხება ვაქცინოთერაპიას, ამ საქმეს ბერლინში პროფ. კრიუკმანის კლინიკაში მისდევს კლინიკის უფროსი ექიმი მაისნერი. ექიმი მაისნერი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს თვალის ტუბერკულოზის ტუბერკულინით წამლობას. მისი შრომიდან, რომელიც ცალკე წიგნად არის გამოცემული, ჩანს, რომ ექიმი მაისნერი დიდი ხანია მისდევს ამ საქმეს და მრავალი მასალა აქვს შეგ-

როვილი. განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევდა შემდეგი გარემოება: მაისნერთან ამბულატორულად წამლობდა 25-30 ავადმყოფი. ეს ისეთი დიდი რიცხვითა თვალის ტუბერკულოზით დაავადებისა, რომ, გამოგიტყდებით, ეჭვი დანებადა: ყველას კი ტუბერკულოზით აქვს თვალი დაავადებული? მაგრამ თუ მხედველობაში მივიღებთ ექიმ მაისნერის დიდ გამოცდილებას ამ დარგში, უნდა ვიფიქროთ, რომ მართლა მხოლოდ თვალის ტუბერკულოზთან გვქონდა საქმე. მით უმეტეს, რომ დიფერენციალური დიაგნოსტიკა კლინიკისათვის სრულიად ხელმისაწვდომია. იქ, მშვენივრად მოწყობილ, მდიდარ ბაქტერიოლოგიურ კაბინეტს განაგებს ფრიად გამოცდილი და საიმედო ბაქტერიოლოგი. ექიმი მაისნერი ხმა-რობს კოხის ძველ ტუბერკულინს. იწყებს ძლიერ მკირე დოზებიდან და თანდათან უმატებს. ყველა ავადმყოფს თავისი ყოველდღიური ისტორია აქვს. ექიმი მაისნერი წამლობს ტუბერკულინით მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს სხვა ალგას სხეულში აქტიური ტუბერკულოზი არა აქვს. ყურადსაღებია ის გარემოება, რომ ტუბერკულინის შეშხაპუნების შემდეგ არამც თუ სიცხე არ იწვევს, პირიქით, თუ იგი აწეული იყო რამოდენიმე მეთაღი. შეშხაპუნების შემდეგ ეცემა ნორმაზე ქვევით. ამას გარდა, ავადმყოფები, მაისნერის სიტყვით, წონაში მატულობენ და საზოგადოთ წამლობის პროცესში და შემდეგ უკეთ გრძობენ თავს, ვიდრე წინათ. წამლობა ხანგრძლივია და ამიტომ არ მქონდა საბოლოო შედეგების გაგების საშვალება. ჩვენს კლინიკაში უკანასკნელ ორი წლის განმავლობაში ორი შემთხვევა იყო თვალის ტუბერკულოზისა, რომელთაც განიცადეს ტუბერკულინით წამლობა, ორთავე შემთხვევამ სრულიად დამაკმაყოფილებლად ჩაიარა; რასაკვირველია ორი შემთხვევის ტუბერკულინით წამლობა არაფერს ამტკიცებს; მხოლოდ ვფიქრობ, რომ ამ კითხვას უფრო მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს, ვიდრე აქამდის ჰქონდა მიქცეული.

საგულისხმოა შემდეგი გარემოება: De-Laperçonn'-ის კლინიკაში, როგორც სიტყვიერად ვადმოძცა კლინიკის უფროსმა ასისტენტმა, ტუბერკულინის ასეთი ფართო გასავალი არა აქვს და ტუბერკულოზით ავადმყოფთა რიცხვი მცირეა.

ზევით მოვიხსენიე, რომ კლინიკებს აქვთ მშვენივრად მოწყობილი ბაქტერიოლოგიური და ჰისტოლოგიური კაბინეტები. რადგან კლინიკებს მრავალი წლების ისტორია აქვთ, ამ კაბინეტებში შეგროვილია მდიდარი და მრავალწინა-არსიანი კოლექციები. გარდა იმისა, რომ ოპტიურ ოპერაციის ავადმყოფი ბაქტერიოლოგიურად ისინჯება, ყოველი ავადმყოფი, იქნება იგი სტაციონარულ განყოფილებაში ან ამბულატორიაში, ისინჯება ამ მხრივ, თუ კი ოდნავ ყურადსაღებლად მიაჩნიათ. ჰისტოლოგიურ კაბინეტში დაგროვილია მდიდარი კოლექცია, როგორც ნორმალი, აგრეთვე პათოლოგიური თვალის პრეპარატებისა. აქვე გადაღებულია სურათები ფოტოგრაფიით, როგორც სტრეფოსკოპისათვის, აგრეთვე ბუნდოვანი სურათებისათვის; ჰისტოლოგიურ კაბინეტშივე შეხვდებით თვალის ემბრიოლოგიის პრეპარატებს. ყოველისფერი ეს თანდათანობით წლით-წლობით ივსებოდა და დღეს კოლექცია მეცნიერების თვალსაზრისით ფასდაუდებელია.



აი, ასეთ პირობებში უხდებათ იქ მუშაობა ახალგაზრდა აზნაგებს. მათ სპეციალიზაციას ხელს უწყობს არა მარტო პირადი სურვილი, არამედ კლინიკის საუტხოვო მოწყობილობა და მრავალ-წლობით შეგროვილი მდიდარი მასალა.

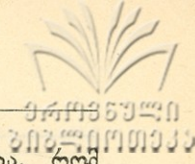
ვიდრე მოსკოვის კლინიკებს შევხებოდე მინდა თქვენი ყურადღება შევაჩერო შემდეგზე: ჩემი მივლინება ჩემდა უნებურად თვე ნახევრით მეტი გაგრძელდა. ამ დროთი ვისარგებლე ჯერ იმისთვის, რომ დამეთვალეობებინა ბერლინის კლინიკები, და შემდეგ იმისთვის, რომ შემესწავლა ზემოდ აღნიშნულ აპარატების რთული კონსტრუქცია; ეს ფრიად საჭირო იყო, რადგან, თუმცა ერთი ჩემი აზნაგი მეგობრულად დამცინოდა, მაინც იმედი მქონდა, რომ ადრე თუ გვიან აპარატს შევიძენდი. ეს იმედი დღესაც არ დამიკარგავს. აპარატების რთული კონსტრუქცია მოითხოვს ახლო გაცნობას, რომ საშვალება გვქონდეს არა მარტო მათი ხმარებისა, არამედ დადგმისაც ქალაქის ელექტრონის ქსელთან შეერთებისთვის. ამ მიზნით ორ კვირაზე მეტს დავიარებოდი Zeiss-ის მაღაზიაში, რადგან აპარატები თითქმის ყველა Zeiss-ის ფირმს არიან. იქ მუშაობის დროს შევხვდი დიდი ხნის ჩემ ნაცნობს, დღეს ხარკოვის უნივერსიტეტის თვალის კლინიკის ხელმძღვანელს, პროფ. ბრაუნშტეინს. მასთან ბაასიდან გამოორკვა, რომ უკრაინის საბჭოთა მთავრობას რამოდენიმე წლის წინად უკვე შეუძენია დიდი ნაწილი აპარატებისა; პროფ. ბრაუნშტეინი წელს ჩამოსულა აპარატების ზოგიერთი ნაწილების გამოსაცვლელად და ახლების შესაძენად. ამის შემდეგ მე მოველოდი, რომ მოსკოვის კლინიკები აპარატებით, რასაკვირსელია, უზრუნველყოფილნი უნდა ყოფილიყვნენ. ნამდვილად კი ეს ასე არ აღმოჩნდა. Gullstrand-ის ხერელებრივი სანათი აქვს შეძენილი მხოლოდ მეორე უნივერსიტეტის კლინიკას, რომელსაც განაგებს პროფ. აუერბახი. არც პირველ უნივერსიტეტის კლინიკას, რომელსაც განაგებს პროფ. გოლოვინი, კლინიკის თვალსაზრისით ეს დიდი ღირებულების აპარატი არა აქვთ.

საზოგადოდ სამივე უნივერსიტეტი აპარატების ერთგვარ შიმშილს განიცდიან. პირველი ორი უნივერსიტეტის კლინიკები მოთავსებულნი არიან შედარებით რიგიან შენობებში, თუმცა, რასაკვირველია, ამ მხრივ ძლიერ ჩამორჩებიან დასავლეთ ევროპის უნივერსიტეტებს. რაც შეეხება მესამე უნივერსიტეტის კლინიკას, რომელსაც განაგებს ცნობილი ოკულისტი გოლოვინი, და რომელიც მოთავსებულია ლეფორტის ჰოსპიტალში, იქ კლინიკის შენობა სრულიად უფარვისა.

მწუხარებით ვათვალეობები შენობას, რომელშიც მუშაობდა საუკეთესო დოსტაქარი და თეორიტიკოსი-ოკულისტი პროფ. გოლოვინი.

სამწუხაროდ ვერც აქედან გავლის, ვერც უკან დაბრუნების დროს თვით პროფ. გოლოვინი ვერა ვნახე. მხოლოდ მისი უფროსი ასისენტი სტრუბოვი აღწერდა, რომ მძიმე პირობებში უხდებათ მუშაობა.

სამთავე უნივერსიტეტს აქვს ბაქტერიოლოგიური და ჰისტოლოგიური კაბინეტი, მაგრამ ლარბი, როგორც მოწყობილობის მხრივ, აგრეთვე შინაარსით. სამივე უნივერსიტეტის ექიმთა კოლეგიუმი სტოვებს საუკეთესო შთაბეჭდილებას.



დაბოლოს მე მანდა გაგიზიაროთ ჩემი ფიქრები. ადვილი გასაგებია, რომ როცა დასავლეთ ევროპის ძველ კლინიკებს ვეცნობოდი, მუდამ თვალწინ მედგა ჩვენი ერთად ერთი და ფრიად ნორჩი უნივერსიტეტი, კერძოთ მისი უფრო კიდევ ნორჩი თვალის სნეულებათა კლინიკა.

რასაკვირველია ჩვენ განვიცდით ბევრ ნაკლს, ჯერ კიდევ ბევრი რამ გვაქვს გასაკეთებელი, ბევრი რამ უნდა შევიძინოთ, შევქმნათ ჩვენი ტრადიციები და ზომავალ თაობას მოვუშადაოთ პირობები გაადვილებულ მუშაობისთვის. ჩემის წარმოდგენით უნივერსიტეტში მუშააკთა პირველი თაობა ითვისებს საუკეთესო ლადებით მხარეებს, რაც უკვე შემუშავებულია დასავლეთ ევროპის ძველ უნივერსიტეტებში. პირველმა თაობამ მარტო ეს რომ მოასწროს, ესეც დიდი დამსახურება იქნებოდა. ამისთვის კი საჭიროა დიდი სიყვარული, დიდი შეგნება უნივერსიტეტის მნიშვნელობისა ჩვენი ხალხისათვის. ეს სიყვარული, ეს შეგნება არსებობს; მე მეტს ვიტყვი, ეს გრძნობა ჩვენში ერთგვარ ჰიპერტროფიას განიცდის, რადგან სხვას ბევრი აქვს უნივერსიტეტი, ჩვენ კი ერთი. ამიტომ ეჭვი სრულიად არ მეპარება, რომ დავსძლევეთ დაბრკოლებებს და უნივერსიტეტს დავაყენებთ იმ მაღალ დონეზე, როგორც შვეიცერიის ჩვენი ხალხის წარსულს და დღევანდელ კულტურას.

### III

## რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი.

### 1. შინაგანი სნეულებანი.

Calmette, Guérin et Weill—Hallé, A Boquet, L. Négré, Wilbert, Léger, Turpin და თანამშრომლები. (Pr. Méd. 1924 წ.) ტუბერკულოზური ინფექციის საწინააღმდეგო იმუნუნიზაციის ცდა. ამ წერილში ავტორებს მოჰყავთ შედეგები მათი ცდების ანტიტუბერკულოზური ვაქცინაციის შეხახებ. იგინი 13 წლის განმავლობაში აწარმოებდნენ ტუბერკულოზური ჩხირის ერთი და იმავე გენერაციის გადათესვას განსაზღვრულ, მათ მიერ შემოღებულ საკვებ ნიადაგზე (კართოფილი მონარშული ხარის ნალველში), რის გამოც ეს გენერაცია იმდენათ დასუსტდა, რომ მას აღარ შეეძლო გამოწვევა ტუბერკულების განვითარებისა ცხოველთა ორგანიზმში შეყვანის დროს. მაგრამ ამავე დროს მას არ დაუკარგავს უნარი ტოქსინების გამომუშავებისა და ამის გამო ანტიგენური თვისებაც. ავტორებს მოჰყავთ დაკვირვებანი, რომელნიც გვიჩვენებენ, რომ, სათანადო დოზებში, კანქვეშ შეყვანის ან per os მიღების დროს, ეს ჩხირი, რომელსაც იგინი უწოდებენ „BCG“, მიჰგვარებს საცდელ ცხოველს თვალსაჩინო გამძლეობას ჩვეულებრივი ტუბერკულოზური ჩხირის (საკონტროლო ცხოველისათვის სასიკვდილოს) მაგენ გავლენისადმი. ამგვარად მოპოვებული იმუნუნიტეტი გრძელდება 6—18 თვე. მაგრამ მისი გამოწვევა შეიძლება მხოლოდ იმ პირთა შორის, რომელნიც ჯერ კიდევ სრულიად თავისუფალი არიან ტუბერკულოზური ინფექციისაგან. იმ პირთა შორის კი, რომელთა ორგანიზმშიც უკვე იმყოფება ტუბერკულოზური ინფექცია, ეს ვაქცინაცია ტუბერკულოზის მიმართ მგრძობიერობის მომატებას იწვევს. ამიტომ იგი სახმარებელია მხოლოდ ძალიან ახალგაზდა პირთა ან ახალშობილთა შორის. ცდებმა ცხოველებზე და ადამიანზე (ახალშობილნი) დაანახეს ავტორებს, რომ ეს ვაქცინა სრულიად უვნებელია. 169 შემთხვევაში (ახალშობილი ბავშვები) სადაც მათ იხმარეს ვაქცინა, 3 თვის შემდეგ გასინჯეს კანის ტუბერკულოზის რეაქცია წმ შემთხვევაში და აქედან 88,7% მიიღეს უარყოფითი, ხოლო 11,3% კი დადებითი შედეგი.

ი. პარმა.

L. Gallaverdin (Pr. Méd. № 59. 1924) თამბაქო და ორგანიული angina pectoris. ავტორი განიხილავს შემდეგ საკითხებს: 1. წინააღმდეგ ნაჩვენებია თუ არა angina pectoris დროს თამბაქოს წვევა. ავტორის აზრით საჭიროა აბსოლუტური აკრძალვა თამბაქოს წვევისა მიუხედავად იმისა რომ ისეთ შემთხვევებთან ერთად, სადაც ეს ჩვეულება შეტყვის მიზეზად ხდება, არსებობენ ისეთი უეჭვეო შემთხვევებიც, როდესაც პირიქით საკმელის მიღების შემდეგ ავადმყოფი თამბაქოს მოწვეით თავიდან იშორებს შეტევას. 2. თამბაქოს ეთიოლოგიური ზოლი ავტორის სტატისტიკით იმ შემთხვევათა ნახევარში, სადაც ანგინოზური პროცესი არ იყო გამოწვეული ათაშანგით, თამბაქოს მოწვევას არ ჰქონია ადგილი. ავტორი თავს იკავებს იმის უარყოფაში, შეუძლია თუ არა თამბაქოს მავნე გავლენის გამო განვითარდეს ანგინოზური პროცესი, მაგრამ მისი აზრით მართო თამბაქო არ არის მიზეზი, რომლითაც ჩვენ შეგვიძლია სნეულების იმ შემთხვევების ახსნა, რომელნიც არ არიან სიდილიტური ეთიოლოგიის.

ი. პარმა.



F. Ramond (Pr. Méd. № 49. 1924 წ.) ხოლელიტიური დისპეპსიის მცირე ნიშნები. ავტორის აზრით უნდა განირჩეს ხოლელიტიასის მიერ გამოწვეული დისპეპსიის და მეორეს მხრივ კი თვით ხოლელიტიასის მცირე ნიშნები. პირველ მდგომარეობას ახასიათებს შემდეგი: კუჭის მიდამოში უეცრი დაგვიანებითი ტკივილები, რომელნიც მოვგავიწყებენ კუჭის წყლულის ქსოვილებს; მადა ხშირად შეუტყველო, ხანდახან კი—გაძლიერებული; ე. წ. „hunger pain“; ხშირად აეროფაგია; ხანდახან რწყევა; არაიშვიათად გულის რევა (უფრო ხშირად ნასადილევის). ხოლელიტიურ დისპეპსიის დროს ხშირად შევხვდებით ე. წ. „სიმპატიკური ტიპის ვაზომოტორულ სინდრომს“; რომელიც გამოიხატება იმაში, რომ საკმლის მიღების შემდეგ (ჩვეულებრივ არა უგვიანეს 1/2 საათისა) ავადმყოფი გრძნობს პარისახის სურვილს, თავის სიმძიმეს, ძილისადმი მიდრეკილებას, ხანდახან აგრეთვე შუილს ყურებში და თავბრუსხვევას. ამავე დროს კიდურები ავადმყოფს უცივდება უოფლიანდება, მას არ ყოფნის ჰაერი; გულის რითმი ცვალებადობს. იშვიათ შემთხვევებში ეს სინდრომი ჩნდება გვიან საკმლის მიღების შემდეგ და მაშინ პირისახე მქრთალია, კიდურების გაციება კი უფრო ძლიერი. ხოლელიტიურ დისპეპტიკს აქვს მუდმივი სიყაბუხე. მაგრამ Linossier-მ აწერა შემდეგი საინტერესო მოვლენა: საკმლის მიღების დროს ან მაშინვე მის შემდეგ ავადმყოფს მოუვლის ძლიერი ტკივილი კუჭში, შემდეგ ნაწლავებში და ამას მოჰყვება დეფეკაციის ძლიერი მოთხოვნილება. განავალი შესდგება წმინდა ნალევისაგან. ზემოთ ნათქვამის გარდა დისპეპსიის დროს ხშირია თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა; ხანდახან ჩნდება urticaria, acne, seborrhea, კანის ქავილი.

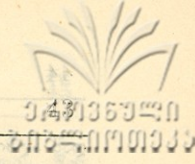
თვით ლიტიაზის მცირე ნიშნები შემდეგია. ტკივილები ნალევის ბუშტის მიდამოში მცირეა და ხშირად სრულიად არ არის. 1/2—1 საათ. საკმლის მიღების შემდეგ ავადმყოფი გრძნობს ერთგვარ სიმძიმეს, მოკერას ორივე გვერდებში (უფრო ძლიერ მარჯვნივ) ტკივილი იძლევა ირრადიაციას მარჯვენა მხრისაკენ, მარჯვენა ძუღუსკენ, თვით გულმკერდის სიღრმეში. (მარჯვენა მხარეს) და ამ გვარად შეუძლია მარჯვენა მხარეს შექმნას angina pectoris-ის მსგავსი მდგომარეობა. არაიშვიათია მშრალი ხველა ან თვითნებითი ან გამოწვეული ბუშტუხე დატკერით. პალპაციის დროს ბუშტი არაიშვიათად მტკივანია. ავტორი აღწერს აგრეთვე მთელ რიგ უკვე ცნობილ მტკივანე წერტილებსა.

ი. პარმა.

L. Rouillard (Pr. Méd. № 46. 1924 წ.) ფილტვის ამიბიაზი და ამებური ბრონქიტი. ფილტვის ამებური დაავადებანი განიყოფებიან ამ უამად ასე:

1. ფილტვის მეორადი აბსცესები. პირველადი ბუდედან ღვიძლში ამებები გადადიან ფილტვში ან იმ ნაწილებების ლიმფური გზით რომელნიც აერთებენ ღვიძლს, დიაფრაგმას, პლევრას და ფილტვს და არიან შედეგი ანთებითი პროცესისა, ან სისხლის მიღებით (v. v. hepaticae—v. cava inferior—aa pulmonales). შესაძლებელია აგრეთვე, რომ ღვიძლის აბსცესი გაიხსნას ფილტვის მიმართულებით. კლინიკური ისტორია ამგვარ ღვიძლ—ფილტვის აბსცესებისა ასეთია: ავადმყოფს აქვს მტკივანე გადიდებული ღვიძლი, სკლერალური სიყვითლე, უსწორ-მასწორი სიცხის ქანაოდა შემცივნებით და ოფლის დენით, ცუდი საერთო მდგომარეობა, მტკივნეულობა მარჯვენა მხარეში. შემდეგ იწყება მშრალი ხველა. ფილტვებში—ნიშნები ჰიპერემიისა მარჯვენა ფილტვის ფუძეზე და დიფუზური ბრონქიტი, რამდენჯერმე ჰემობტოვი; შემდეგ ავადმყოფი ამოახელებს დიდ რაოდენობას შოკოლადის ფერის ჩირქსა; შემდეგში ნახველი ხდება სისხლნარევი, მარჯვენა ფილტვის ფუძეზე ჩნდებიან ნიშნები ფილტვის გამკვრივებისა, ავადმყოფი ხდება, t ძლიერ ქანაობს და თუ თვერატიულად არ ჩავერიეთ, იგი კვდება კახეკსიის გამო.

2. ფილტვის პირველადი აბსცესი. ამ შემთხვევაში ამებები მოდიან ნაწლავებიდან, გაივლიან ღვიძლის კაპილარებს ე. ი. აქ არ დაბუდდებიან და გადადიან სისხლის მილგების საშვალეობით ფილტვში. Lautman-ი ამგვარ აბსცესების შემდეგ კლინიკურ სურათს იძლევა და საწყის პერიოდში არსებობს ძალიან მკაცრი ტკივილები ფილტვის ფუძეზე; ჩვეულებრივ მარჯვნივ, ძლიერი ხველა ლორწოვანი ნახველით. გაუმჯობესობის შემდეგ, რომელიც გასტანს რამდენიმე დღიდან რამდენიმე კვირამდე, იწყება პერიოდი ნეკროტიული ანემონიისა ნახველით, რომელიც ჯერ წარმოადგენს წმიდა სისხლს, შემდეგ კი ლორწოვან-ჩირქოვანი ხასიათისა სი-



სსლის ზოლებით, ეს ნახველი ამებებს არ შეიცავს. ფიზიურად მარჯვენა ფუძეზე შემოზღუდული ბუდის სიმპტომები არსებობენ.

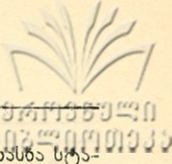
T—38°—39°, საერთო მდგომარეობა კარგი, შემდეგ ავადმყოფი ერთბაშად ამოახველებს ბევრ ნახველს და აქედან იწყება დაჩირქების პერიოდი. ამ დროს ნახველი ჩირქოვანია, ხანდახან ავადმყოფს გაუმეორებს ჰემოპტოე. ფიზიურად ფილტვში აღმოჩნდება სითხე-ჰაერ გროვა. დასასრული პერიოდი დანასიათდება პროგრესიული კახეკსით, სეპტიცემიის მოვლენებით. ხანდახან ჩნდებიან მეტასტაზები ტინში. ავადმყოფობა გრძელდება რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე. ხანდახან ეს ფორმა ფილტვის ამებური აბსცესისა მიიღებს ქრონიკულ მიმდინარეობას და შეიძლება ძალიან წააგავდეს ფილტვის ტუბერკულოზს.

3. ამებური ბრონქიტი. ეს ფორმა პირველად აღწერა Petzetakis-მა და წარმოადგენს ბრონქიტს გამოწვეულს ამებების მიერ. დასაწყისი მისი ხშირად უეცრივია შემცივნებით და საერთო ცუდი მდგომარეობით. შემდეგში ჩნდება ხველა ნახველით, რომელიც ლორწოვანი ხასიათისაა, ძალიან წებოვანი და მოგვაგანებს დიზენტერიის ლორწოს. მასში იმყოფებიან სისხლის ზოლები და ხანდახან კი იგი შესდგება წმიდა სისხლიდან. იგი შეიცავს ეპიტელიალურ უჯრედებს 2—3 ბირთვით და შავი პიგმენტის მარცვლებით. ამას გარდა მასში იმყოფებიან აგრეთვე ცოცხალი, მოძრავი ამებები (Entamoeba histolytica). ლიბილი ნორმალური, T—საშუალო სიმბადლის, ადვილი პოლინუკლეოზი უფოზინოფილითა. ფილტვებში მოვლენები ჩვეულებრივი ბრონქიტისა, რომლის მიმდინარეობა კეთილთვისებიანია. ხანდახან ჩნდება პატარა ბუნდვ ბრონქოპნემონიისა და ქრონიკულ შემთხვევებში კი—ქრონიკული ბრონქიტი ემფიზემით. როგორ და საიდან შედიან ამ შემთხვევებში ამებები ფილტვში? თუ ავადმყოფს ქონდა დიზენტერია მანინ შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ ამებები მოხვდნენ ფილტვში ლიმფური ან ჰემატოკვენური გზით. მაგრამ ხშირად ავადმყოფს არა აქვს ანამნეზში დიზენტერია. მანინ უნდა ვიფიქროთ, რომ ამებები შედიან ფილტვში ჰაერით. მაგრამ აქ უფრო მისაღებია მეორე შეხედულება, რომლის მიხედვითაც ამებური ბრონქიტი, ისე როგორც ამებური დიზენტერია, წარმოადგენს ერთ-ერთ ვისცერალურ ლოკალიზაციას საერთო ინფექციური სნეულებისა, რომელსაც Ravaud-მ უწოდა საერთოდ ამიბიაზი. ამებები ჯერ შეიჭრებიან სისხლში, იწვევენ აქ ორგანიზმის საერთო რეაქციას—შემცივნება, სიცხე, თავის ტკივილი, საერთო ცუდი მდგომარეობა—და შემდეგ სისხლის საშვალებით მიადწევენ სხვადასხვა ვისცერალურ ორგანოებს და უკვე აქ იწვევენ ადგილობრივ პროცესებს, როგორც მაგალითად ამებურ ბრონქიტს და ამებურ დიზენტერიას, ერთ საბუთს ამ აზრისა წარმოადგენს ისიც, რომ როგორც Petzetakis-მ ა გვიჩვენა, ამებური დიზენტერიის დროს ნახველში და შარდში შეიძლება აღმოჩენილი იყვნენ ცოცხალი ამებები.

ი. პარმა.

2. ბ ვ შ - ა სნეულებანი

Проф. Маслов. (Журнал по изучению детского возраста. № 3—4. 1924 г.). Некоторые итоги по изучению биохимизма расстройств питания у грудных детей в связи с выявляем их индивидуального жизненного потенциала.—ამ ბოლო დროს მეცნიერებაში დიდ ყურადღებას იქცევს კონსიტუციის საკითხი. პედიატრიისთვის ამ საკითხს დიდი მნიშვნელობა აქვს და კარგა ხანია რაც პედიატრები მას დიდ ყურადღებას აქცევენ. რუსეთში ამ საკითხის გარშემო უმთავრესათ სამკურნალო აკადემიის პროფ. მასლოვი მუშაობს, რომელმაც კონსიტუციის საკითხს ამ ბოლო დროს სპეციალური შრომა უძღვნა, სადაც ის ამ საკითხს თავისებურათ აშუქებს. პროფ. მასლოვი დიდ მნიშვნელობას აქცევს კონსიტუციის წარმოშობაში ინტრაცელულარულ ფერმენტებს. შემოხსენებულ წერილში ის ცდილობს ამ ფერმენტების მუშაობის შესწავლით გამოარკვიოს სიცოცხლის ინდივიდუალური პოტენციალი, რომელიც განსაზღვრავს ორგანიზმის რეაქციის ხასიათს გაღიზიანებაზე და გარემო ზიანზე. ყოველ ორგანიზმში დაგროვებულია ძალთა განსაზღვრული რაოდენობა, რომელნიც მოთხოვნილების და მიხედვით აშკარავდებიან. ერთ ერთ საშვალებათ ამ პოტენციალის გამოსარკვევათ-ავტორი ორგანიზმის ფერმენტატიული ძალის გამორკვევასა სთვლის. მის მოწაფეების ცდებ



დან აღმოჩნდა რომ ფერმენტატიული ძალა ნორმალური და კვების მოშლილობის სხვადასხვა სტადიუმში მყოფ ბავშვებს სხვადასხვანაირი აქვთ. გარჩევა შეეხება როგორც ფერმენტების აბსოლუტურ რაოდენობას, რასაც ისეთი დიდი მნიშვნელობა არა აქვს,—აგრეთვე, რაც უფრო მნიშვნელოვანია, ფერმენტატიული ძალის ცვალებადობას საჭმლის მონელების პროცესში. მაგ. სისხლის ლიპაზის მიმართ იყო გამოკვლეული, რომ 2 საათის შემდეგ ჰამისა, საღ ბავშვებს ფერმენტატიული ძალის მოძატება ემჩნევათ, ჰიპოტროფიკებს დაკლება და ატროფიკებს კი უფრო მკვეთრი დაცემა, ამასთანავე დაბალი დაწყებითი რიცხვით (index'ით) ავტორის მოწაფეების კლინიკურ დაკვირვებებიდან გამოირკვა, რომ ცუდად განვითარებულ ბავშვებს, ნაკლები რაოდენობა ფერმენტებისა აქვთ და თუ ფერმენტები მატულობენ, წონაც მატულობს. ფერმენტატიულ ძალის გამორკვევის გარდა, ავტორის ერთ მოწაფემ კვების ლეგკოციტოზის შესწავლას მიმართა. გამოირკვა, რომ რაც უფრო ძლიერ არის გამოხატული კვების მოშლილობა, მით უფრო ძლიერ და მკვეთრ რყევას განიცდის კვებითი ლეგკოციტოზი, რომელიც უმთავრესად ნეიტროფილოზში გამოიხატება. ამას გარდა ამავე მიზნით იყო გამოყენებული ტემპერატურის თანწყობრივი გაზომვა სხვადასხვა ფარეზის დროს: ტემპერატურას უზომავდნენ უზმოზე და პირველ საჭმლის მიღების შემდეგ ყოველ 20 წამში 3 საათის განმავლობაში. აღმოჩნდა რომ ძუძუს ჰამის დროს საღ ბავშვს ტემპერატურა 20 ან 40 წამის ჰამის შემდეგ აეწევა, შემდეგ 3 საათის განმავლობაში თანდათანობით დაწყებით ტემპერატურას უბრუნდება. ჰიპოტროფიკების მრუდე კი სხვა ნაირია: 1) უფრო დაბალ T ფარგლებში ცვალებადობს და 2) 20 წამის შემდეგ ჰამისა T აწევის მაგივრათ ეცემა, თუმცა 3 საათის განმავლობაში დაწყებით T უბრუნდება: ატრეპტივები კი თავისებური მრუდეთი ხასიათდებიან—ძლიერ დაწყებითი T, მკვეთრი რყევის შემდეგში, და 3 საათის შემდეგ ჰამისა უფრო დაბალი T, ვიდრე საჭმლის მიღებამდე. აგრეთვე გამოირკვა რომ ყველაზე ნაკლებ რეაქციას ორგანიზმის მხრივ ნახშირწყალოვანი საჭმელი იწვევს, ყველაზე მეტს—ცილოვანი.

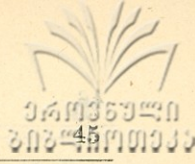
ავტორს ის დასკვნა გამოჰყავს, რომ ამ საშუალებებით ჩვენ ბავშვს რაციონალური ინდივიდუალური დიეტეტიკის წარმოება შეგვეძლება. რასაკვირველია რომ ერთი რომელიმე გზაწესით დაკმაყოფილება შეუძლებელია; უთუოდ მრავალმხრივი გამოკვლევანი არის საჭირო, რომ ბავშვის ისეთი საჭმელი მიეწოდოს, რომელსაც ბავშვის ფერმენტატიული აპარატი მოერევა. ავტორს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც ბავშვს ამილაზის დიდი ინდექსით, ლიპაზის კი პატარა ინდექსით, ცხიმოვანი ნარევი დაენიშნა, და ბავში 2 დღის უკან ინტოქსიკაციური მოვლენებით გარდაიცვალა.

გ. რ.

### 3. ქირურგიული სნეულებანი

ვ. მ ა ნ უ ი ლ ო ვ ი (Вестник хирургии и пограничных областей. ტ. I. წ. 2. ლენინგრადი 1922). ე თ ე რ - ზ ე თ ი ს ს წ ო რ ნ ა წ ლ ა ვ ი ს ნ ა რ კ ო ზ ი.—საკითხს ნარკოზის შესახებ ქირურგიის ისტორიაში თითქმის პირველი ადგილი უჭირავს. თუმცა ეს საკითხი ისე ძველია, როგორც ძველია თვით ქირურგია, მაგრამ ჯერ-ჯერობით მეცნიერებს ვერ მიუღწევია ის დონემდე, რომ ტკივილდადუმების რომელიმე გზაწესი საბოლოოდ გამტკიცებელი და მიღებული იქნეს. სხვა გზაწესებთან ერთად ამ ბოლო დროს სწარმოებენ მრავალი ცდები და დაკვირვებანი ეთერ-ზეთის სწორი ნაწლავის ნარკოზის შესახებ. ზემო აღნიშნული დაკვირვება ვ. მ ა ნ უ ი ლ ო ვ ი ს რამოდენიმე ნათელს ფენს ეთერ-ზეთის სწორი ნაწლავის ნარკოზის საკითხს.

ავტორს ამ ნარკოზის ქვეშ გაუტარებია 75 ავადმყოფი; კლინიკური სურათი: მეტ-ნაკლები სიძლიერით გამოხატული წვა სწორი ნაწლავის არეში, აღგზნება, თუმცა სუსტად, მაგრამ მახინჯ არის გამოხატული. მაჯის ცემა თითქმის არ იცვლება, მხოლოდ აღგზნების დროს ხშირდება 8—10 ცემით წამში. 75 შემთხვევიდან 28-ე აღნიშნულია ღრმა ძილი, 40-ზეერელი ძილი. 7 შემთხვევაზე კი შეუძლებელი გახდა ოპერაციის გაკეთება; ასფექსიას არც ერთჯერ არ ქონია ადგილი. მაჯის დაცემა ორ შემთხვევაზე, რომლებიც სიკვდილით გათავდა, მაგრამ ავტორის აზრით ამ შემთხვევებში ნარკოზი არ იყო causa proxima mortis. ოპერაციის შემდეგი პირის ლებინება აღნიშნულია 13-ჯერ—(დაახლ. 20%). ეთერ-ზეთის სწორ ნაწლავის ნარკოზის ტენიკა:



კუჭ-ნაწლავის გაწმენდის და ავადმყოფის აწონის შემდეგ, ოპერაციამდე ნახევარი საათის წინ კანქვეშ morphi mur.—1%—1.0—ნარკოზი სწარმოებს პალატაში. აიღება 1 გრ. ეთერი და 1 გრ. ზეთი ავადმყოფის თვითეულ გირვანქა წონაზე და ეს ნარკევი შეისხმება სწორ ნაწლავში ნელ-ნელა 3—5 წუთის განმავლობაში ჩვეულებრივი ოყნით. შემდეგ იხურება პალატის კარები, ფანჯრებზე ფარდები ეხურება და მყარდება სრული სიწყნარე. ნარკოზის დასაწყისს ავადმყოფი გადაიყვანება საოპერაციო მაგიდაზე. ოპერაციის გათავებისას სწორი ნაწლავი გამოირეცხება ოთახის t-ს წყლით, გამონარეცხ წყალში ეთერის სუნის დაკარგვამდე.

75 ავადმყოფის ამ ნარკოზის ქვეშ გატარების შემდეგ ავტორი დადებითი მხარეებს უყურო ნაკლებს ხედავს, ვინემ უარყოფითს. დადებითი მხარეებს ეკუთვნის: ნარკოზი თავის და სახის ოპერაციების დროს ძლიერ მოსახერხებელია, მისი ხმარება მოსახერხებელია პალატაში ავადმყოფის უკოდინარად, დასუსტებულ ავადმყოფებზედაც შეიძლება მისი ხმარება, გულის მანკით დაავადებულ ავადმყოფებზე და თირკმელზე ოპერაციის დროს.

უარყოფითი მხარეები:

წინასწარი განსაზღვრა სანარკოზო ნივთიერების დოზისა აქარწყლებს ინდივიდუალურ განსხვავებას სანარკოზო ნივთიერებისადმი. ამ ნარკოზის დროს შეუძლებელია სანარკოზო ნივთიერების რეგულაცია, შეუძლებელია მისი ხმარება აგრეთვე სასწრაფო ოპერაციების დროს, უფრო დიდ ხანს რჩება ორგანიზმში სანარკოზო ნივთიერება—(20-ჯერ, ვინემ ზოგად ნარკოზზე) ნარკოტიზატორმა 2 საათი დრო უნდა დახარჯოს ნაცვლად ჩვეულებრივი 10—15 წუთისა ოპერაციის დაწყებამდე.

გადარებთ რა ეთერ-ზეთის დადებითს და უარყოფითს მხარეებს მოცემულ მასალის მიხედვით, ჩვენ მივდივართ იმ დასკვნამდე რომ ეთერ-ზეთის ნარკოზის ხმარება სადრთხილია, ტუბნიკურად ძნელი მოსახერხებელი, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში მისი ხმარება აუცილებელია, მაგ., თავზე და სახეზე ოპერაციების დროს, სადაც ნიღაბი ტუბნიკურად მოუხერხებელია. ყოველ-შემთხვევაში ნარკოზის ეს გზაწესი ახალად უნდა ჩაითვალოს, რომელსაც ესაჭიროება შემდეგი ცდები და კლინიკური დაკვირვებანი.

ვ. ოთხმეზური.

პროფ. ალ. მაჭავარიანი. (ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე. IV. ტფილისი. 1924 წ.)  $Alb\epsilon's$  ოპერაციის შესახებ.—ტუბერკულოზური სპონდილიტის წამლობა ოპერატიულ დახმარებით მრავალ დოსტაქარს იტაცებს.  $Alb\epsilon's$  ოპერაცია დიდ ყურადღებას იპყრობს მეცნიერთა შორის და ბევრიც ანხორციელებს კიდევ მას. მიუხედავად იმისა რომ პირველ შეხედვით ზემოაღნიშნული მეცნიერის სახელწოდების ოპერაცია კარგ შთაბეჭდილებას ახდენს, მისი შორეული შედეგების შესახებ ლაპარაკი ჯერ კიდევ მაინც ნაადრევია. ასე მსჯელობს მეცნიერ—მოწინააღმდეგეთა ბანაკი, რომელსაც ეკუთვნის აგრეთვე პროფ. მაჭავარიანი. როგორც მომხრე ტუბერკულოზურ სპონდილიტის კონსერვატიულ წამლობის, პროფ. მაჭავარიანი ემყარება შემდეგ პრინციპს: ხერხემლის მყუდრო მდგომარეობა, მისი უძრავობა და დაავადებული მალეების ზვიდან—დამწოლი სიმძიმისაგან განთავისუფლება. ეს მიზანი აქვს ავტორს მხედველობაში ნაირნაირი პროთეზის ხმარების დროს და ყოველ ასეთ შემთხვევაში მის განხორციელებისაკენ მიისწრაფვის, რადგან მას შემდეგში მოჰყვება ანკილოზის განვითარება, რომელიც ახალი ძვლის წარმოშობის შედეგია. უმეტეს შემთხვევაში, თუ სწულდება მეტის მეტად გართულებული და წამლობაც დაგვიანებული არ არის, დაჰიმვა-ფიქსაციას თაბაშორის და სხვა ჯურის გარკმით (კორსეტი) მშენიერი შედეგები მოსდევს, მით უმეტეს, თუ მას შესაფერისი ფარეზი, კლიმატო—ჰელიო—თალასო და სხვა თერაპიაც თან ახლავს. „მიუხედავად  $Alb\epsilon's$  ოპერაციის სწრაფი და კარგი შედეგებისა—ამობის ავტორი—ვერ ვვთანხმები მის შემდეგ, ავადმყოფის ადრთან აყენების პრინციპს, ვინაიდან, ჩემის აზრით, ახლად განვითარებული ანკილოზი საკმარისად მაინც დაზიანებულ მალეებს ზედდაწოლისაგან ვერ ანთავისუფლებს და, მასასადამე, ძვლების ტუბერკულოზის წამლობის მოთხოვნილებათა ერთერთი მთავარი მიზლი უკვე დარღვეულია, თუ მხედველობაში მივიღებთ აგრეთვე იმ გარემობას, თუ რა გამძლე არიან ტუბერკულოზის ჩხირები და რამდენ ხანს ინარჩუნებენ ისენი აქტივობას, ცხადია, რამდენად არასასურველია ზემოხსენებული პრინციპის დარღვევა“.

ამრიგად ავტორი Albe's გზაწყობს მაინც კონსერვატიულ ზომებს ამჯობინებს. კონსერვატიულ ზომებში მას უპირველესად გარცმის ხანგრძლივი ტარება მიაჩნია, ვინაიდან მის საშვალეებით, თუ საესებით არა, დიდად მაინც მცირდება მალთა ერთიმეორეზე დაწოლა. შემდეგ საპეციალური წამლობა, სანატორიუმები, მაგრამ უპირველეს ყოვლისა, შეცვლა და სამუდამოდ აღმოფხვრა იმ პირობებისა, რა პირობებშიც ცხოვრობდა და ახლაც ცხოვრობს ის კლასი, რომელიც ამგვარ ავადმყოფთა მთავარ კონტინგენტს იძლევა.

„სარდლობა ამ ბრძოლაში—ამთავრებს თავის წერილს პროფესორი ალ. მაკავარიანი—სახელმწიფოს ეკუთვნის და ჩვენ, როგორც საპეციალისტებს გვმართებს მისი აქტიური დახმარება და შებრძოლება იმ სენთან, რომელიც ბოლოს და ბოლოს კეთორვენების მსგავსად, ისტორიულ სენად უნდა იქცეს და სამეცნიერო მიზნით იმ დაწესებულებებში მოიპოვებოდეს, როგორც ლეპროზორიუმებია“.

ი. ასლანიშვილი.

И. И. Антонов. (Врачебное дело № 16—17. 15.VIII.1924. Харьков). К лечению хирургического туберкулеза инъекция иод—иодоформенной эмульсии и иод-молока.—ავტორი, რომელმაც ლენინგრადში ობზუჩვის საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ინახულა ქირურგიულ ტუბერკულოზიანი ავადმყოფები, რომელთაც დიდი წარმატებით წამლობდნენ Hotz-ის და Грекоვი-ის გზაწყობით, გაკვირვებული იყო იმ ბრწყინვალე შედეგებით, რომელიც მოყვებოდა ხოლმე იოდ—იოდოქორმის ემულსიის და იოდ—რძის შეშხაპუნების შემდეგ. აღნიშნულ გზაწყობა მიხედვით ავტორმა აწარმოა მუშაობა პროვინციაში პოლტავის გუბერნიაში 1923 წლის ზაფხულში და შემოდგომის თვეებში და სულ გაატარა 35 ავადმყოფი. Грекоვი-ის მითითების მიხედვით, შეშხაპუნების ადგილი უფრო ხშირად იყო cavum ichiorectale, თუმცა არა იშვიათად აგრეთვე ადგილობრივ დაზიანების კერა—ტუბერკულოზური სახსარი, ტუბერკულოზური ჯირკვლები და მათი მიდამო. შეშხაპუნებას აწარმოებდა 10% იოდოქორმის ემულსიით ზეთზე დაყენებულს (рижиковое масло) იოდ—იოდოქორმის ნაერთობას ზეთთან და არა გლიცერინთან ავტორი უფრო სასურველად თვლის, რადგან, მწერლობითი წყაროების მიხედვით, იოდი აძლიერებს როგორც ადგილობრივ, ისე საერთო ლიმფოციტოზს; ზეთი კი თავის მხრივ ლიპაზით მდიდარ ლიმფოციტების დენას იწვევს. 9.0 გაუმციადებელ ემულსიას უმატებს 1.0 t—rae iodi-ს, მხოლოდ რძის შეშხაპუნებისას—სინჯარაში აღებულ ახალ გაუმციადებულ 9.9 რძეს უმატებდა 1.0 t—rae iodi-ს. შეშხაპუნება კეთდებოდა კვირაში ერთხელ, რაც შორიდან მომსვლელ ამბულატორულ ავადმყოფთათვის ძლიერ სასურველიც იყო. დოზა უფროსებისათვის—რენარის 10.0; 12—15 წლიანებისათვის ამ რაოდენობის ნახევარი, 5—7 წლიანებისათვის 2.0—3.0-ამდე. შეშხაპუნებათა საშვალე რიცხვი ერთ ავადმყოფზე წარმოებული თხუთმეტამდე უდრიდა. ავადმყოფთა მთავარი კონტინგენტი 5—15 წლიანი ბავშვები ყოფილა. უფროსებიდან კი 20—25 წლის ჰასაკოვანი სტარბობდა. ტუბერკულოზულ ლიმფადენიტის თითქმის ყველა შემთხვევაში ცოტად თუ მეტი სისწრაფით იღებდა კარგ შედეგებს: ჯირკვლები პატარავდებოდა, თანდათანობით ისრუტებოდა და შემოდგომის დამლევს წამლობამდის დამახინჯებული ულახათო კისერი წესიერ შეხედულებას იღებდა, ბავშვები მაგრადებოდნენ, ჯანსაღობა გამოიხატებოდა მათ სახეზე, მადა კარგი ჰქონდათ, ცოცხალობა ემატებოდათ. შეშხაპუნებასთან ერთდამავე დროს ავადმყოფები კარგად იკვებებოდნენ, დიდ ხანს რჩებოდნენ ჰაერზე და მზის სხივების მოქმედების ქვეშ იმყოფებოდნენ 1/2—1 საათს დღეში, შემდეგში კი სულ მეტი და მეტი.

ავტორს ამის შემდეგ მოჰყავს თავის ავადმყოფთა შემთხვევები, როდესაც წამლობის დამთავრების შემდეგ მის წინაშე ბრწყინვალე შედეგები იყო. მხოლოდ ერთ შემთხვევაში ავტორი აღნიშნავს ფრიად სამწუხარო მოვლენას, როდესაც ავადმყოფი—ქალი, 22 წლის, რომელსაც კისრის ორივე მხარეს ტუბერკულოზურ ჯირკველთ გროვა ჰქონდა გამოხატული, მასთანვე ყოფილ დაჩირქებათა ნიდაგზე ძველი ნაწიბურები და ახლად გახსნილ ჯირკვლებიდან ზვრელები, მეთათე შეშხაპუნების შემდეგ უჩივოდა თავის ტკივილს, თავს ცუდად გრძობდა და ორჯელ პირისღებინებაც თან დაყვა. საავადმყოფოში მოუყვანიათ შეშხაპუნების მეორე დღეს უგრძობლად. სახე გალურჯებული, მაჯა სუსტი გახშირებული, ხიზინოვანი სუნთქვა, გრძობიერე-





ბის სრული დაკარგვა და მესამე დღეს exitus letalis. როგორც ჩანს—დასძენს ავტორი—აქ ადგილი ჰქონდა ცნობივან ემბოლიას სისხლის მიღში ნევის ბოლოს შემთხვევითი მოხვედრის ნიადაგზე.

ი. ასლანიშვილი.

ა. წულუკიძე. (სახალხო ჯანმრთელობის კომისარიატის მონაბე. იენისი—1924 წ. ტფილისი). შუასაბაგიდის თიაქრები და მათი სხვადასხვაობა.—მიუხედავად იმისა რომ 1880 და 1899 წწ. Lacher-მა და Grosser-მა განმაკვეყნეს მრიცხველობითი ცნობები შუასაბაგიდის თიაქრების შესახებ—პირველმა 276 შემთხვევა, მხოლოდ მეორემ 440, უკანასკნელ დროს უცხოეთის და რუსეთის მწერლობითი წყაროები იშვიათად გვაწვდიან თითო-ორი შუასაბაგიდის შემთხვევათა აწერას და ამ აწერათა უმეტესი შემთხვევები გვამებზე აღმოჩენილ თიაქრებს ეხება. მუცლის ორგანოების გულმკერდის ღრუში გადასვლა შეიძლება სამ გვარ პირობებში: 1. დიაფრაგმა შეიძლება ან სრულიად არ არსებობდეს ან და რომელიმე მისი ნაწილი განუვითარებელი რჩება; 2. მისი ბუნებრივი ხვრელები შეიძლება განვითარებული იყოს ნორმაზე მეტად ან კიდევ კუნთოვან ბოკოების შორის შესაძლებელია ნაპრალები წარმოიქმნას; 3. ეს შეიძლება იყოს შედეგად რაიმე ძალდატანებისა დიაფრაგმაზე.

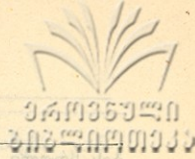
პირველ ორ შემთხვევისას წარმოშობილი თიაქრები თანდაყოლილად ჩაითვლებიან, უკანასკნელი კი მონაგარად. შეიძლება ისეთი მოვლენაც, როდესაც დიაფრაგმის რაიმე ნაწილი ფრიად პრტყელია და მუცლის ორგანოთა დაწოლით ამ ადგილას დიაფრაგმა გულმკერდის ღრუსაკენ აიწვეს და იქ ამ ორგანოთათვის პარკს შექმნის, რასაც ევენტრაცია ეწოდება და თიაქრისაგან იმით განსხვავდება, რომ მათი პარკი პერიტონეუმისაგან და პლევრისაგან წარმოიქმნება. პარკს მოკლებული თიაქრები კი ცრუდ იწოდებიან.

შუასაბაგიდის თიაქრების მკურნალობა შესაძლოა ოპერატიული დახმარებით. ოპერაციის სამი გზაა: 1. მუცლის ღრუს მხრივ, 2. გულმკერდის მხრივ და 3. ამ ორ გზაზე-თა ნაერთი. მოქმედებისათვის ყველაზე უფრო გამოსადეგი არის მესამე გზა, მიუხედავად მისი სირთულისა, თუ მივიღო მხედველობაში ავადმყოფის მიმინე მდგომარეობაც. პროფ. გრ. მუხაძის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკის მასალის მიხედვით ავტორს მოყავს შუასაბაგიდის თიაქრის სამი შემთხვევა, როდესაც სამჯერვე საერთო ნარკოზის საშუალებით წმიდა ქლოროფორმის ქვეშ გაკეთებული ყოფილა ოპერაცია (ოპერატორი ყველა შემთხვევაში პროფ. გრ. მუხაძე). პირველი შემთხვევა იყო: დიაფრაგმის თიაქარი და გარდიგარდმო კოლინჯის ჩაქედვა. ოპერაცია ორ წყებად მე-7-ე ნეკის რეზექცია აქსილარულ ხაზზე და ლაპაროტომია. შემთხვევა მეორე: დიაფრაგმის თიაქარი გარდიგარდმო კოლინჯის მარცხენა ნაწილის გადასვლით გულ-მკერდის ღრუში, სადაც ბადექონიცი იმყოფებოდა. ოპერაცია ლაპაროტომია ასწვრივ და დასწვრივ კოლინჯებს შუა ენტერონასტომოზით. ეს გაკეთდა იმის გამო რომ ორგანოების ჩამოწვეა მუცლის ღრუში შეუძლებელი შეიქმნა, თიაქარის რგალი მეტად მჭიდროდ ყოფილა შემოჭობილი გადასულ ორგანოებს. რეზექცია შეუძლებელი გახდა. ტრილობა გაკერილ იქნა. ავადმყოფი კოლაპსში ყოფილა და გულის სისუსტის ნიშნებით შუალამისას გარდაცვლილა.

მესამე შემთხვევა—ომში დაჭრილი ჯარისკაცი მარცხნივ 8 ნეკის ხაზზე ერთი თითის დადებით წინა აქსილარულ ხაზისა ტყვის შესავალი ალაგი, საიდანაც ამოსულა ბადექონის ნაწილი. უმაღლე ოპერაცია ტყვიის შესავალ იარის გაგანიერებით და გარეთ გამოსულ ბადექონის მოკვეთით. მუცლის ორგანოების დაჭრის ეკვით მუცელი გაუკვეთათ ნეკნების გასწვრივ. აღმოჩენილა გარდიგარდმო კოლინჯი და წვრილი ნაწლავის სამ ადგილას დაზიანებული. ნაწლავების გაკერვის შემდეგ, მუცელში ჯალა ჩაუდევით. მუცლის კრილობა გვერდის კრილობას შეუერთებიათ. ბადექონის სალი ნაწილი გულ-მკერდის ღრუდან მუცლის ღრუში იქნა ჩამოწეული. დიაფრაგმა გაიკრა. ავადმყოფი 2 1/2 თვეში განიკურნა.

ი. ასლანიშვილი.

კ. ე რ ი ს თ ა ვ ი . (სახალხო ჯანმრთელობის კომისარიატის მონაბე. იენისი—1924 წ. ტფილისი) Cysticercus (Tenuicoli?) hominis.—ავტორი აგვიწერს მეტად იშვიათ შემთხვევას—Cysticercus (tenuicoli) hominis-ს, რაც ფრიად ყურადსაღებია. ეს პარაზიტი მეტად იშვია-



თად ხვდება ადამიანის ორგანიზმში და ამისათვის ზემოაღნიშნული შემთხვევა პროფ. ნ. კახიანიის პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკიდან სხარტად აქვს გადმოცემული ავტორს. აღსანიშნავია ის გარემოება რომ ცისტიცერკების არც ერთი სახი (ჭორმა) დღესაც საკმაოდ შესწავლილი არ არის და კიდევ საჭიროებენ დაკვირვებას. ავადმყოფი, ტომით ოსი, 40 წ, მეცხვარე. ავადმყოფობს 20-25 წელია, მუცელს იტკივებს, ებერება, შიგ რალაცას ამჩნევს. მუცლის კუნთები არაჩვეულებრივი განუვითარებლობით. მუცელში—მარჯვენა ფერდ ქვეშა არეში მრავალი სხვადასხვა სიდიდის ხორცმეტები არა უდიდეს ნიგვზის კაკლისა, ხოლო ქვემოდ მარჯვენა fossa iliacaს არეში ორი ხორცმეტი—მამაკაცის მუშტის ოდენა.

ასინჯი ლაპაროტომია დიაგნოზის დასმის დანამდივლებით შეუძლებლობის გამო; პერიტონეუმზე, ჯორჯალზე და ნაწლავთა და ნაწლავთ შუა ანთებით გამოწვეულ შეწყებებზე მოთავსებული რამოდენიმე ხერცმეტი ამოკვეთილი იქნა და მიკროსკოპიულ გასინჯვამ აღმოჩინა რომ საქმე ცისტიცერკს ეხებოდა. ოჯახურ საქმეების გამო ავადმყოფი კლინიკიდან გაწერილა და დაბრუნებისას კვლავ ლაპაროტომია გაუკეთდა, მუცლის ქვედა ნაწილში არსებულ დიდ სიმსივნეთა ამოკვეთის მიზნის, მარჯვენა fossa iliacaს არეში აღმოჩნდა უდიდესი სიმსივნე ჰიპეცელა ნაწლავზე შეზრდილი, რის გამო სიმსივნესთან ერთად ჰიპეცელა ნაწლავიც ამოიკვეთა აღნიშნულ მიდამოდან ამოკვეთილ ხუთი სიმსივნის გასინჯვამ პირველი დიაგნოზი დაადასტურა:

*Cysticercus tenuicoli* უჩნდება ხშირად ცხვარს და სხვა რქოვან საქონელს, უფრო იშვიათად კი მიომუნებს, ღორებს და ადამიანს. ვრცელდება ის ნაწლავების სეროზულ გარსზე, პერიტონეუმზე, ღვიძლზე, ელენთაზე, ჯორჯალზე, შუასაძგიდზე და ბადექონზე. ჰიდატიდი ხან 18-ტია, ხან მეტი, ზომა კი ცვალებადია. ხორბლის მარცვლის ოდენობიდან მამაკაცის მუშტის ოდენობამდე აღწევს. ამ პარაზიტით ადამიანი 20—30 წელიწადს ცოცხლობს. ავტორის აზრით ცისტიცერკი ვრცელდება ადამიანის ორგანიზმში სისხლის ძარღვების საშვალეებით. ცისტიცერკი მრავლდება ორგანიზმში კვირტებით და კონგლომერატის გაყოფით.

ავტორი თავის ავადმყოფის მაგალითის მიხედვით ზოგიერთ მუდმივ კლინიკურ სიმპტომებს აღნიშნავს: ავადმყოფობის ხანგრძლივი მიმდინარეობა, პარაზიტით დაჭერილ არეს მტკივარობა, რაც ქსოვილების ქრონიკულ ანთებითაა გამოწვეული, კანექსისის და სისუსტის ძლიერ ნელი განვითარება.

თერაპია—ოპერტიულია. ის, რის ამოკვეთაც შესაძლებელია, უნდა ამოიკვეთოს.

ი. ასლანიშვილი.

**4. მეანობა და გინეკოლოგია.**

1. E. Reinhardt. (Zentbl f. gyn. 1924 j. № 27). საშვილოსნოს ყელის ორსულობის შესახებ. ავტორი მოგვითხრობს ერთ შემთხვევას საშვილოსნოს ყელში ორსულობისა. საქმე ეხებოდა 24 წლის ქალს, გათხოვილს, რომელსაც თვიური შეჩერებია 6—7 კვირით და ბოლოს უმიზეზით დაწყებია დიდი ტკივილები ცოტაოდენი სისხლის დენით. ავადმყოფს ექიმის რჩევით 6 თვით წინეთ *Dysmenorrhoe*ს გამო გაუკეთებია საშვილოსნოს ღრუს გამოფხვკა. გინეკოლოგიური ვასინჯვის დროს ავტორს დაუდასტურებია ცოტათი გადიდებული, რბილი კონსისტენციის საშვილოსნო, შესივებული საშოსმბრივი საშვილოსნოს ნაწილი და თითის წვერისთვის კარგად გამავალი გარეთა ხვრელი. ყელის გაფართოვებისას გამოირკვა, რომ კვერცხის ნაწილები მიმაგრებული იყო *Cervix*ზე და ძნელად შორდება კიურეტით ფხვკის დროს. რადგან ოპერაციის დროს არა ჩვეულებრივი სისხლის დენა ატყდა, ავადმყოფი თითით ხელმეორედ გაისინჯა და აღმოჩნდა, რომ საშვილოსნოს ღრუ სრულიად ცარიელი იყო, კედელი სწორე, რაც შეეხება საშვილოსნოს ყელს, ის კი ერთ ადგილას ზემოწვევნით გათხლებულიყო და ერთნაირ ნაპრალს შეიცავდა, რომელიც პარამეტრიუმამდე აღწევდა. მიუხედავად ბეჯითი გამოფხვკისა და ტამპონადისა სისხლის დენა მინც გრძელდებოდა; ამის გამო გაკეთებულ იქნა საშვილოსნოს სრული ამოკვეთა *per laparotomiam*. პათოლოგ-ანატომიური გამოკვლევამ, რომელიც პროფ. Hanseer-ის მიერ იყო წარმოებული, დაადასტურა მართლაც განაყოფიერებულ კვერცხის მიმაგრება საშვილოსნოს ყელის კედელზე, დრუ კი სრულიად თავისუფალი აღმოჩნდა.

ლიტერატურაში გამოქვეყნებულია Wolters-ის ორი ამგვარი შემთხვევა, ორივე სიკვდილით დამთავრდა, შემდგომ აწერილია შემთხვევები v. Jaschke-ს, Tiegel-ის და Franz-ის მიერ. ავტორის აზრით საშიფლოსნოს ყელის ორსულობა უნდა ჩაითვალოს მეტად საშიშ მოვლენად რადგან ყელის კედლის გათხლეების და შეკუმშვის უნარის დაკარგვის გამო აუცილებლად ყოველთვის უნდა მოველოდეთ დიდ სისხლის დენას, რომლის გაჩერება კედლის გამოფხვებით და ღრუს ტამპონადით ყოველად შეუძლებელია. ამისათვის ის ეთანხმება Wolters-ის აზრს და ფიქრობს, რომ საშიფლოსნოს ყელის ორსულობის გამოცნობისას უნდა გაკეთდეს არა უბრალო გამოფხვება, არამედ საშიფლოსნოს სრული ამოკვეთა.

**8. 8.**

2. H. Bürger. (Zentbl. f. Gyn. 1924 j. № 20). Baer-ის წესით ამშობიარე პერიოდის წამლობა. უწყსოთ დახმარების გაწევა ნაშობიარე ხანაში (მომყოლის გამოსვლის ხანა) ხშირად არა სასურველ შედეგებს იძლევა. ცნობილია, რომ მომყოლის დაბადება უმეტესად დამოკიდებულია მუცლის პრესის მდგომარეობაზე; სახელდობრ ამ უკანასკნელის შესუსტებას თითქმის ყოველთვის თან სდევს მომყოლის შეჩერება. ამ უამად ყველგან ძლიერ დიდ ხმარებაშია ე. წ. Credé-ს წესი მომყოლის გამოკვლევისა; სამწუხაროდ ამ წესის გამოყენების ფარგლები ზოგიერთ ადგილას ძლიერ გაფართოვებულია, რასაც არა იშვიათად თან ახლავს სხვადასხვა საშიში გართულებანი (სისხლის დენა საშიფლოსნოს ატონიის ნიადაგზე, მომყოლის ნაწილების ღრუში ჩარჩენა-შეჩერება, საშიფლოსნოს ადგილმდებარეობის სხვადასხვა გვარად შეცვლა და სხვა). სწორედ ეს იყო მიზეზი იმისა, თუ რისთვის გაუჩნდა Crede-ს წესი მოწინააღმდეგეები (Dohn-ი და Ahfeld-ი), რომლებიც მართალია სრულიად ვერ უარყოფდნენ ამ წესის მნიშვნელობას, მაგრამ მანაც უფრო მოცდითი მეთოდის ხმარების დამცველნი იყვნენ. საშიფლოსნოს ღრუდან შეჩერებულ მომყოლის ხელით გამოტანის საშიშროება ყველასათვის ცნადი შეიქნა უმთავრესად მის შემდგომ, რაც ამის შესახები მასალები გამოაქვეყნეს Veit-მა და Olshausen-მა. Winkel-ი უფრო შორს მიდის; მისი აზრით, უნდა გაკეთდეს მომყოლის გამოკვლევა ნარკოზის ქვეშ, როდესაც მშობიარეს დაუძინებლად ეს არ ხერხდება.

1921 წელში I. Baer-მა აღწერა თავისი მეტად უბრალო მომყოლის გამოსაღები მეთოდი. იგი მომყოლს კი არ ჭყლიტავს, ის აკინთვებს ქალს და იმავე დროს იღებს ხელში სიგქზე დანატყებით მუცლის კედელს სწორე კუნთებითურთ. ამით სწორე კუნთების დიასტაზი (დაშორება) ისპობა და მუცლის პრესის მოქმედებაც მატულობს; თით Baer-მა 86<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ში მიიღო კარგი შედეგი. ავტორს 300 შემთხვევაში გამოუტყდა ეს წესი და 94<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ში ამ გზით გამოუღენია მომყოლი. მრავალ მშობიარეში უფრო მეტ <sup>0</sup>/<sub>100</sub> იძლევიან. ავტორი სხვათა შორის ძლიერ აფასებს Küstner-ის ნიშანს, რომელიც გვაძლევს საშვალებას გამოვიცნოთ მომყოლის მოშორება. წინ გამოწეული და ვულვაში გამოჩენილი კიბლარი უკან არ მიდის, როდესაც ბოქვენის ზემო მიდამოზე დალაგებულ თითების ხელაწილას თავს ვანებებთ. ავტორი დასკვნის, რომ მომყოლის დაბადების პერიოდის ფიზიოლოგიური მსგელოება, სადაც შესაძლებელია, არ უნდა იყოს შემოლილი; თუ სისხლის დენა არ არსებობს, უმჯობესია თავი შევიკავოთ ყოველგვარ, თუ გინდ უმნიშვნელო ჩარევისაგან და უკადრით ფიზიოლოგიურად მომყოლის განთავისუფლებას (Küstner-ის ნიშანი); მომყოლის მოშორებისას უნდა მივმართოთ პირველ ყოვლისა ფიზიოლოგიურ პროცესთან უკეთ შეფარდებულ Baer-ის წესს, და ამის შემდგომ კი მხოლოდ Crede-ს მეთოდს.

**8. 9.**

3. R. Schreiner (Zentbl. f. Gyn. 1924 j. № 19). დასაშვებია Mastitis დროს ბავშვისთვის ძუძუს მიცემა თუ არა? დღესაც არ არსებობს მეცნიერთა შორის ერთი აზრი ამ საკითხის შესახებ. ავტორი იზიარებს სასეებით Bumm-ის, Zangenmeister-ის და სხვების შეხედულებას და ფიქრობს, რომ ანთებით დაავადებულ ძუძუთი ბავშვის წოვება ავადმყოფობის გაჩენისთანავე უნდა იქნეს შეწყვეტილი, რომ ამით მიეცეს ჯირკვლს საშვალება ფუნქციის გარეშე დადგეს Mastitis-ის დროს იგივე პათოლოგ-ანატომიურ პროცესებთან გვაქვს საქმე, როგორც ყბა-ყურა ჯირკვლის ანთების, panaritium-ის და საზოგადოთ ყოველგვარ ფლე-

გმონების დროს, არავინ არ ურჩევს ავადმყოფს მაგ. ფეხის ფლეგმონის დროს ამოძრავს ეს ორგანო, პირიქით, ის უნდა იყოს წყნარად, უმოძრაოდ დალაგებული და ყოველგვარ, უმნიშვნელო ზიანსაც კი აშორებული, ძუძუს წოვება თავის თავად წარმოადგენს საკმაოდ ძლიერ, მექანიურ გაღიზიანების აქტს, რომლის დროს ჩნდება ახალი ინფექცია და აშკარად სუსტდება და მცირდება ქსოვილის ბრძოლის შესაძლებლობის უნარიანობა.

რაც შეეხება მეორე გვარ ანთებას, როგორც არის პიემიურ-მეტასტატიური Mastitis-ი ამ დროს ძუძუს წოვების დაშვება ყოველად შეუძლებელია, რადგან ბავშვის დასნეულება ამას ადვილად თან სდევს. Runge-ს მოყავს ხუთი შემთხვევა Kiel-ის ქალის სნეულებათა კლინიკიდან; ძუძუს წოვებას პიემიურ Mastitis-ის დროს ოთხ შემთხვევაში გამოუწვევია ბავშვების პერიტონიტი სიკვდილი, ერთ შემთხვევაში კი Otitis media purulenta. ამგვარად დაავადების შემთხვევები აწერილი აქვს Moro-ს, Schlossmann-ს და Freund-ს. ავტორს 5252 მელოკინეთა შორის ქონია Mastitis-ის 151 შემთხვევა. Mastitis დაწყებისთანავე ძუძუს წოვება სწყდება, ანთებით მოცული ძუძუ იხვევოდა ზევით აკვრით და ადგილობრივად ანთების მიდამოში ყინული იდებოდა. Laxantia, Bier-ის ჰიპერემია და სხვა ზომებისთვის მას არ მიუმართავს, რადგან მის მიერ წარმოებული უბრალო ანტიფლოგისტური წამლობაც სრულიად დამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლეოდა. ძუძუს აკვრა და ყინვის დადება სულ მალე აწყნარებდა ტკივილებს და ავადმყოფნი კარგად გრძნობდნენ თავს. ძუძუს დაჩირქება ყოფილა 17 შემთხვევაში (11,2%) დანარჩენი 134 შემთხვევა (88,8%) დაუჩირქებლად მოკეთებულა. ანთების გასვლისას ძუძუ აღდგენილა 114 შემთხვევაში, ასე რომ 75,5%-ში ბავშვისთვის ხელახლად ძუძუს მიცემა შესაძლებელი იყო, 37 შემთხვევაში კი (24,5%) ძუძუ გამშრალა, — ამ რიცხვში შედის 17 დაჩირქების შემთხვევები.

თავის მასალის მიხედვით ავტორი მიდის იმ დასკვნამდე, რომ Mastitis დაწყებისთანავე ძუძუს მიცემა უმჯობესია შესწყდეს, რომ ძუძუს გაშრობა ბავშვის მოშორებისას მხოლოდ უმნიშვნელო % ხდება და რომ ანტიფლოგისტური წამლობა ძუძუს აკვრით შეიძლება ჩაითვალოს საუკეთესო მეთოდად.

მ. მ.

4. W. Luttge. (Zentbl f. Gyn. 1924 j. № 24). სიცოცხლისათვის მეტად საშიშო საკვერცხეს სისხლის დენა. (Halle-ს ქალის სნეულებათა კლინიკიდან). ავტორი აგვიწერს ერთ მეტად ყურადსაღებ შემთხვევას საკვერცხედან სისხლის დენისა, საქმე ეხებოდა 21 წლის ქალს, რომელიც მოყვანილი იყო Selheim-ის კლინიკაში მეტად ცუდ მდგომარეობაში; საერთო სისუსტე, ძლიერი ანემია, აჩქარებული მაჯა, თვიური ავადმყოფის უკანასკნელად ქონია 8 დღის წინეთ, ცოტა მომეტებული. მისი გათავების შემთხვევაში მხოლოდნელად ქუჩაში ყოფნის დროს მას დაწყებია დიდი ტკივილები მუცლის ქვედა ნაწილში, მეტი მარცხნით და შეწუხება გული. ავადმყოფი მალე გრძნობაზე მოსულა, თუმცა ტკივილები არ შეწყვეტია. ლაპარატომიის დროს აღმოჩენილა სისხლის ჩაქცევა მუცლის ღრუში, მარცხენა საკვერცხე გადიდებული, კვერცხის ოდენა, შეიცავდა პატარა წყალბუშტს გახეული ზედაპირით, საიდანაც მოჟონოვდა სისხლი. მიკროსკოპიულად წყალბუშტი წარმოადგენდა Corpus-luteum-cyste-ს, მისი ძირი შედგებოდა ჰიალინურად გადაგვარებულ ბადისაგან, რომელშიც ჩართული იყო პიგმენტის ნაფლეთები (სისხლის ძველად ჩაქცევის ნიშანი). ლუტეინის უჯრედები არ იყო; ნახული იყო მხოლოდ ემბრიონალური ქსოვილი, რომელიც ძალზე გაუღნითილი იყო სისხლით. საკვერცხეს სხვა ნაწილთან შედარებით წყალბუშტის ირგვლივ სისხლის ძარღვები ძალიან განვითარებულიყო და სისხლით ავსილიყო. ჰიალინური დეგენერაცია ალაგ-ალაგ, შემცირება მოსამუიფებლად გამზადებულ ფოლიკულებსა ქრონიკულ Oophoritis-ის ნიშნებია და სჩანს ამის შედეგი ყოფილა Corpus luteum-cyste-ს გაჩენაც. რომ წყალბუშტი სისხლის ჩაქცევამდე არსებობდა, ამის სასარგებლოდ, ავტორის აზრით, ლაპარაკობს არსებობა გამსხვილებულ ჰიალინურ კედლისა. სწორე დიაგნოზის დასმა ოპერაციამდე ადვილი საქმე არ იყო, რადგან არსებობდნენ საშეილოსნოს გარეშე ორსულობის თითქმის ყველა ნიშნები (მძიმე საერთო მდგომარეობა, სისხლ-ნაკლებობა, აჩქარებული სუსტი მაჯა, მუცლის ქვედა ნაწილში რბილი სიმსივნე, რომლის განსაზღვრა არ ხერხდებოდა და რომელიც ფლუქტუაციასაც იძლეოდა). სისხლის გამოკვლევამ დადასტურა სისხ-

ლის შედეგების დაქვეითება, რასაც ალბად უნდა მიეწეროს ეგეთი ძლიერი სისხლის დენაც, უკანასკნელ დროის დაკვირვებამ ცხადყო, თუ რამდენად საგრძნობი სისხლის დენა შესაძლებელია საკვერცხედან წარმოიშვას. Martin'ი იყო პირველი, რომელმაც ერთიანი კლასიფიკაცია შეიმუშავა საკვერცხედან სისხლის დენის შესახებ და დღეს ეს სქემა უმთავრეს თავის პრინციპებში ყველას მიერ მიღებულია. მისი აზრით არსებობს საკვერცხეს სისხლის დენა პარენქიმატოზური (ტოქსიური და ინფექციური მომენტი), ფოლიკულარული (ფოლიკულების გასკდომისგან წარმომდგარი) და ბოლოს Corpus-luteum-cyste's სისხლის დენა.

გამოკვეყნებულია მრავალი შემთხვევები Corpus-luteum-cyste's სისხლის დენის (Lindig, Engstrom, Berg, Cohn, Lahn და სხვა). სამწუხაროდ ამ შემთხვევებში არ ყოფილა წარმოებულ მიკროსკოპიული გამოკვლევა საკვერცხესა და აგრეთვე არ ყოფილა გასინჯული სისხლი; ამის გამო მათ ეკარგებათ მნიშვნელობა. ავტორის აზრით, სიცოცხლისათვის საშიშო სისხლის დენა საკვერცხესი შესაძლებელია სხვადასხვა მიზეზებით იყოს გამოწვეული; ყველაზე ხშირად სისხლის დენის მიზეზად გამოდის Corpus-luteum-custe და ამის ცოდნა ყველასათვის აუცილებელია. საჭიროა აგრეთვე ყოველ ამგვარ შემთხვევის შესწავლის დროს სისხლი იქნას ბეჯითად გასინჯული, რადგან ზოგჯერ გაძლიერებული სისხლის დენა საკვერცხედან გამოწვეულია თვით სისხლის პათოლოგიურ ცვლილებებით.

მ. მ.



5. თვალის სნეულებანი.

L ö w e n s c h t e i n. (Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie u. ihre Grenzgebiete B. VIII. H. 1 u. 5. 1922.) ახალი შრომები და შეგნებანი ტუბერკულოზის იმმუნიტეტის საკითხში და მათი დამოკიდებულებანი ოფთალმოლოგიასთან. I. Villemin'მა (1867 წ.) პირველმა გამოსთქვა მოსაზრება, რომ მიმდინარე სისხლში მოიპოვებინაო ტუბერკულოზის ჩხირები და დამტკიცა მისი სიმართლე ექსპერიმენტით ცხოველებზე. ამ კითხვას განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ ფრანგი მეცნიერნი, მათ შორის Langouzy'მ 1884 წ. აღწერა ავადმყოფობა, რომელსაც დაარქვა სახელად ტიფობაცილოზი (Typhobacillose). ეს ავადმყოფობა განირჩევა სხვა ტუბერკულოზიან ავადმყოფობისაგან იმით, რომ აქ არ იპოვება ტუბერკულები, არ არის ხაჭოსებრივი გადაგვარება, არის მხოლოდ კონგესტიური ცვლილებანი და დეგენერატიული დაშლანი. ამგვარივე პათოლოგ-ანატომიურ ცვლილებებს იწვევს აგრეთვე ფრთოსანთა ტუბერკულოზი. სისხლში ტუბერკულოზის ბაცილების აღმოჩენისათვის საჭიროა განსაკუთრებული ტენიკა. აქამდის გამოკვლეული ყოფილა სულ 800 შემთხვევა. მათში

I	სტადიუმში 3%	დადებითი შედეგი	
II	" 10%	"	"
III	" 30%	"	"

ეს რიცხვები ავტორის აზრით სინამდვილეზე ნაკლები არიან, რო ძალიან ხშირად სისხლში ბაცილები უნდა იყვნენ რაიმე ავადმყოფობის ნიშნების გამოუწვეველად, ამტკიცებენ ის შემთხვევები, სადაც ტუბერკულოზი იჩენს თავს სრულიად სალ სნეულში. ტუბერკულოზის პათოლოგიისათვის დიდ მნიშვნელოვან საკითხის გადასაჭრელად, წარმოადგენს თუ არა ტუბერკულოზი ქრონიკულ ბაცილემიას, საჭიროა ხანგრძლივი განმეორებით სისხლის სინჯვა. ცალკე შემთხვევებში — ჩხირების სისხლში შესასვლელ ალავს უფრო ხშირად წარმოადგენენ ფილტვების ვენები, აგრეთვე პირვადი ინტიმის ტუბერკულოზები. სისხლ ძარღვების ტუბერკულოზებს დიდ მნიშვნელობას აძლევს Benda, ეს ტუბერკულოზები სხვადასხვა სიდიდისა არიან, ხშირად დაწყულულებული, ხანდახან თრომბის სახით ავსებენ სისხლძარღვის შინაგანს. ტუბერკულოზის ჩხირებს რომ შეუძლიან გადალახონ სისხლძარღვების კედლები, ეს დაამტკიცა ჯერ კიდევ რობერტ კონხა. შესაძლოა რომ ჩხირებმა გადალახონ დაუზიანებელი სისხლძარღვების კედლები ახლო მდებარე ხაჭოსებურ გადაგვარებულ ჯირკვლისაგან. არიან აგრეთვე ტუბერკულოზის ჩხირების ჯიშები, რომელნიც პირდაპირ იწვევენ სეპტიკემიას. მაგ. ქათმების ტუბერკულოზი.

სისხლის ნაკადში მოქცევის შემდეგ ტუბერკულოზის ჩხირების ბედი დამოკიდებულია ორ გარემოებისაგან: 1) სხეული იმუნუა თუ ადვილად შეთვისებული 2) ალაგი, სადაც ბაცილები დაილექებიან, ტუბერკულოზის შემთვისებელია თუ არა?

თუ ორგანიზმი ტუბერკულოზის შემთვისებელია, როგორც ბავშვის ორგანიზმი, ზღვაგადაღმელ გოჭისა ან სენეგალელ ზანგისა და სხვა, მაშინ ადვილად ვითარდება მილიარი ტუბერკულოზი, მაგრამ თუ კი ორგანიზმი შედარებითი იმუნუიტეტის მქონეა, მაშინ ბაცილემია რჩება უწყინარ მოვლენად, რომელიც არ გამოძლავნდება არავითარი კლინიკური სიმპტომებით. შესაძლოა რო ტუბერკულოზის მიმღებ ორგანიზმშიაც ინფექციამ კვლადუტოვებლად გაიკროს. ეს მოხდება მაშინ როცა ტუბერკულოზის ჩხირები დაილექებიან ტუბერკულოზისათვის იმუნ ორგანოში მაგ. კუნ თ ე ბ შ ი. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში შესაძლოა დაავადების მაგივრად განვითარდეს იმუნუიტეტი. ამის ანალოგიას წარმოადგენს Nocard's ცდა ცოფის შესახებ: თუ ცოფის ვირუსს შევუშვაჰუნებთ carotis-ში ვითარდება ცოფი, თუ art. cruralis-ში შედგად მოყვება იმუნუიტეტი.

ზემოხსენებულიდან ჩანს, რო ბაცილემია ხშირი მოვლენა ადამიანის სხეულშიც. ეხლანდელი კლინიკური მეთოდები არ გვაძლევენ საშვალეებს აღმოვაჩინოთ, საიდან ვაჩნდა ეს ინფექცია. ავტორის ცდა იყო ეს ფაქტები შეეფარდებია ტუბერკულოზის პათოლოგიასთან და კლინიკასთან. ამისთვის საჭირო იყო ახალი ექსპერიმენტული შრომები. ამის დასამტკიცებლად, რო ინფექციის შემდეგ ძალიან ადრე ჩნდებიან სისხლში ტუბერკულოზის ჩხირები ავტორმა შემდეგი ცდა მოაწყო: ზღვაგადაღმელ გოჭის თათის პატარა თითის ბოლო ფალანგაში შეუშვაჰუნა ჩხირები და სხვადასხვა დროს ვასვლის შემდეგ ჰკვეთდა მთელ თითს. ამ ცდად აღმოჩინა 30 წამიცი საკმარისი იყო, რო ზოგადი ინფექცია განვითარებულიყო. ამნაირად სისხლში ჩხირები ძლიერ ადრე მოხვდებიან. ავტორს და ლეფლერს (Löffler) გადაუთვალეობრებიათ ვენის საზოგადო საავადმყოფოს ტუბერკულოზიანების 5 წლის ოქმები, და განსაკუთრებული ყურადღება მიუქცევიათ ძვლების და თირკმელების ტუბერკულოზით დაზიანებულთა ფილტვების მდგომარეობაზე. გამორკვევულა, რო 60%<sup>0</sup>ში ყველა ძვლის ტუბერკულოზიანებისა და 40%<sup>0</sup>ში თირკმლის ტუბერკულოზიანთა შორის არავითარი ნიშანი ფილტვის ტუბერკულოზით დაზიანებისა არ აღმოჩენილა. ავტორს აგრეთვე გაუსინჯავს მრავალი ავადმყოფი თვალის, თირკმლის და ძვლების ტუბერკულოზით და ვერ უპოვია რაიმე ნიშანი ფილტვების დაავადებისა. აგრეთვე ფილტვების ტუბერკულოზით მიძიმედ დაავადებულნი ძალიან იშვიათად წარმოადგენენ სხვა ორგანოთა მეტასტაზებს. ამასში ავტორი დაურწმუნებია გარდა მისი 20 წლის შრომას, როგორც ტუბერკულოზიანთა მკურნალის აგრეთვე ტუბერკულოზიანთა სამკურნალოების ანგარიშების გადასინჯვას —სულ 40.000 ავადმყოფში მხოლოდ 0,1%<sup>0</sup> ნაკლებს აღმოჩინა მეტასტაზები. ამნაირად შეიძლება ითქვას: რომ მიძიმე დაავადება ტუბერკულოზით ერთი ორგანოთა სისტემისა იფარავს სხვა ორგანოთა სისტემებს რამდენიდათმე დაავადებისაგან.

გაკვეთის პროტოკოლებიდან, ავადმყოფების ისტორიების გადასინჯვიდან შემდეგ დაკვირვების გამოყვანა შეიძლება:—ის ორგანოთა სისტემა, რომელშიც მოხდა პირველი მეტასტაზი წარმოადგენს უხვბრუნად შემდეგი მეტასტაზების ალაგს; ყველაზე უფრო ნათლად ამას გვიმტკიცებს თვალის ტუბერკულოზით დაავადება. თითქმის არასდრეს ამ შეთვლევებში თვალის გარდა სხვა ორგანო არ ავადდება, ამასთანავე კი თითქმის ყოველთვის ავადდებიან ორივე თვალი (არა ნაკლებ 80%<sup>0</sup>-ისა). ესევე ხდება სხვა ორგანოებშიც—ძვლებში, თირკმელებში და სხ. თვით ფილტვების ტუბერკულოზიც უმეტესს შემთხვევებში იზღუდება მარტო სასუნთქი ტრაქტით. ამნაირად შეიძლება ითქვას, რო ქრონიკული ადამიანის ტუბერკულოზი მიკრულია (gebunden) რომელიმე ერთადერთ ორგანოთა სისტემის ანატომიურ დაავადებასთან, ტუბერკულოზის მთელი მიმდინარეობა სწარმოებს რომელიმე ერთ ორგანოთა სისტემაში: ასუნთქ ტრაქტში, მხედველობის აპარატში, ღორწოიანი გარსი და სხვ. ავტორს ჰგონია, რომ ამ დასკვნას, შესაძლოა, ჰქონოდეს ზოგადი ხასიათი სხვა ინფექციებისათვის. ამგვარი ტუბერკულოზის მიმდინარეობის ასახსნელად ჩვენ უნდა დავემყაროთ შემდეგ ფაქტებზე: 1) ტუბერკულოზიანი ბაცილემია არ არის იშვიათი მოვლენა, შესაძლოა, რო ფილტვებში არავითარი ჩიუნები არ იყვნენ, სისხლში კი ჩხირები მოქცეულიყვნენ. 2) მეტასტატიურ ტუბერკულოზის დროს ძალიან ხშირად ფილტვების ცვლილება იმდენად მცირეა, რო პათოლოგანატომის თვალი მას ვერ აღმო-

აჩენს, 3) ახალი მეტასტაზები თითქმის ყოველთვის მიდიან პირველ მეტასტაზის გზით ე. ი. იგი-  
ნი რჩებიან იმავე ორგანოთა სისტემაში, 4) მძიმე დაავადება ერთი ორგანოთა სისტემისა იფა-  
რავს სხვა ორგანოთა სისტემების დაავადებისაგან, მსუბუქი დაავადება კი და განსაღებული პრო-  
ცესები.

ამგვარ საფარავს არ წარმოადგენენ 5) ეს წესრიგი სრულებით ირღვევა მილიარი ტუ-  
ბერკულოზის დროს. ჰასაკში შესულთა დაუზიანებელ ორგანიზმს აქვს ერთგვარი რეზისტენტობა  
ტუბერკულოზის წინააღმდეგ, მაგრამ თუ რომელიმე ორგანო დაზიანდა ან ტრავმას ძალით  
ან სისხლძარღვის დაავადებით მაშინ ამ ორგანოში შეიძლება ტუბერკულოზმა იზოვოს ნიადაგი და  
გამოიწვიოს მთელი ამ ორგანოს სისისტემის რეზისტენტობის შემცირება საკითხის უფრო ნათლად  
გამოსარკვევად ერთი და იმავე მოსაზრებით თვალის და თირკმელი ტუბერკულოზი. ერთი ტუ-  
ბერკულოზით დაზიანებული თირკმელის ამოკვეთა ძლიერ ხშირად იფარავს მეორე თირკმელს  
დაავადებისაგან, ამოკვეთა ერთი ტუბერკულოზით უძრო მძიმედ დაზიანებულ თირკმელისა კე-  
თილად მოქმედობს მეორე ტუბერკულოზიან თირკმელზე (Zuckermandl). ეს ორივე მოვლენა  
მოგვაგონებს ენუკლეაციის მოქმედობას სიმპატიურ ოფთალმიის დროს. ამ და სხვა ამგვარ ფაქ-  
ტებიდან შესაძლოა დასკვნილიყოს შემდეგი: პირვადი მეტასტაზების ალაგებში (ქოროიდეა, თირ-  
კმელი) დაავადების პროცესით მაღალ სპეციფიკი უჯრედთა კავშირები ნადგურდებიან.

ეს ნეკროტიული შესრუტული ქსოვილის უჯრედები მოქმედობენ როგორც ანტიგენები და  
გამოიწვევენ ტოქსინების წარმოშობას. ეს ტოქსინები იმ გვარად აზიანებენ სპეციფიკურ ორგა-  
ნოებს, რო როცა შემდეგ ჯერ სისხლში მოხდებიან ჩხირები, ესენი მხოლოდ ამ ორგანოებში ჰპო-  
ულობენ მომხადებულ ნიადაგს. ამ გვარად შეიძლება ითქვას, რომ არა მარტო მხედველობის  
აპარატში აქვს ალაგი სიმპატიურ დაავადებას, არამედ მეტი წილი სხვა ორგანოთა სისტემებში.  
სიმპატიური ოფთალმია უნდა ჩაითვალოს ერთ განცალკევებულ შემთხვევად ამ ზოგადი კანო-  
ნისა. ეს კანონი გამოითქმის შემდეგნაირად: მსვლელობა რომელიმე მეტასტატიურ ინფექციისა  
დამოკიდებულია იმისაგან თუ რომელ ორგანოში მოხდა პირველი დაღეკა. თუ დაღეკა მოხდა  
ტუბერკულოზისათვის იმმუნე ორგანოში, მაგ. კუნთებში, მაშინ ვითარდება იმმუნიტეტი ან და გა-  
ძლიერებული რეზისტენტობა ყველა ორგანოებისა. თუ პირველი დაღეკა მოხდა მგრძობიარე  
ორგანოში—ფილტვი, თირკმელი, თვალი და სხ. ამას მოყვება დაავადება და როგორც უშორესი  
შედეგი რეზისტენტობის დასუსტება მთელი ორგანოს სისტემისა“. ამ აზრის დასამტკიცებლად  
ავტორმა შემდეგი ცდა გააკეთა:

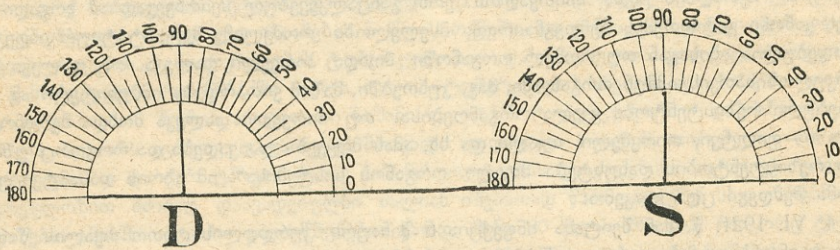
4. VI. 1921. წ. მან შეიტანა ინფექცია 6 შინაური კურდღლის თითო თვალის წინა კა-  
მერაში, საინფექციო მასალად იყო ნახშიარი ადამიანის ტუბერკულოზის მოდგმა. 50 დღის შემდეგ  
ქინძიოავის ოდენა კვანძები იჩენენ თავს, 4 თვის შემდეგ თვალის წინაკამერებში გაჩნდნენ მუ-  
ხუდოს მარცვლის ოდენა ხორცმეტები, კვლავ ორი თვის შემდეგ რქოვანი გარსი აიძღვრია,  
1922 წ. მაისში რქოვანმა გარსმა სრულიად დაკარგა გამსჭვირველობა. 13. V. 1922 წ. ოთხ ამ  
კურდღელთაგან შეუშხაპუნეს იმავე მოდგმის ცოცხალი ჩხირები. 23. VII სალი თვალებში გარე-  
დამ არავითარი ცვლილება არ ეტყობოდათ. თვალის ფსკერი გაუსინჯა Disalbert Fuchs-მა,  
რომელმაც არ იცოდა, თუ რას მოელოდა ექსპერიმენტატორი, გასინჯვამ აღმოაჩინა: ყველა  
შემთხვევებში ქოროიდიტის ძველი და ახალი ბუდეები (Herden) ორ საკონტროლოდ დარჩენილ  
შინაურ კურდღელს, რომელთაც არ შეუშხაპუნეს გენაში ჩხირები სალი თვალის ფსკერები ჰქონ-  
დათ ნორმალნი. აგრეთვე ჰქონდათ სხვა ორ კურდღელს რომელთაც მარტო გენაში შეუშხაპუნეს  
ჩხირები. ამ ცდამ, ავტორს გონია, საესებით დადასტურა მისი შეხედულებანი სხვა ცდები იმა-  
ვე მიზნით, როგორც შესახებ თვალის ტუბერკულოზისა, ეგრეთვე თირკმლისა და თირკმლის ზედ  
ჯირკვლებისა უკვე დაუწყია ავტორს.

ა. შ.

გოდღური მინის (das Zylindrische Glas) ღერძის აღნიშვნა.—გო-  
დღის ღერძის აღნიშვნა, ამგვარის სათვალეების შემოღებისთანავე, მრავალგვარი იყო. (ყველა

შესაძლოა გოდლური მინის ღერძის აღნიშვნა მოყვანილია ბრიტანეთის ოფთალმოლოგისტების საბჭოს განცხადებაში; იხ. Report on the Standardization of the Notation of the Axes of Cylinders. The british Journal of ophthalmology vol. V. № 7. 1921 წ.) ამგვარ მდგომარეობას თანმოსდევდა ბევრნაირი უხერხულება. ამ უხერხულების ასაცილებლად ნეპოლში შეკრებილმა ინტერნაციონალურ ოფთალმოლოგიურ კონგრესმა (1909 წ.) გამოიმუშავა ღერძების აღნიშვნის ერთგვარი სქემა. ამ სქემაში  $O^{\circ}$  წერტილი ძვეს ჰორიზინტალური (თარზული) მერიდიანის ცხვირისაკენ მდებარე ბოლოს.  $180^{\circ}$ ის წერტილის საფეთქელისაკენ მდებარე ბოლოს

მაგრამ ამ ნეპოლელმა სქემამ მკვიდრი ნიადაგი ვერ მოიპოვა. განსაკუთრებით არ აკმაყოფილებდა ეს სქემა სათვალეების მინების გამკეთებელ მექარხნებს. წინანდელი ქაოსი გოდლური მინების ღერძების აღნიშვნაში გრძელდებოდა. მსოფლიო ომმა ცხადჰყო ამ მდგომარეობის სრული უხერხულობა და დიდი მატერიალური ზიანი. გერმანეთში იყო დანიშნული მთავრობისაგან კომისია, რომელსაც ჰქონდა მიზნად გამოემყდუნებოდა ერთგვარი ნორმების სათვალეების მინების მომზადებისა, კომისიას სახელად დაერქვა „Tabo“ (Technischer Ausschuss für Brillen—optik) ამ კომისიის წევრებად იყვნენ მინების დიდმწარმოებელთა წარმომადგენელთა და მათი მეცნიერულ თანამშრომელთა (Prof. Henker და Dr. Weiss) გარდა აგრეთვე პროფესორები Greef, Stock და Brückner-ი. ამ კომისიამ სხვა საკითხებთან ერთად განიხილა აგრეთვე საკითხი გოდლური მინების ღერძების აღნიშვნისა. კომისიის გამოანგარიშებით მარტო გერმანეთში ყოველ წლივ ფუჭდება არა ნაკლები ასი ათასი გოდლური მინისა იმის გამო რომ არ არის მიღებული ერთგვარი წესი ღერძების აღნიშვნისა, რადგანაც ხშირია შეცდომები ამის გამო როგორც სათვალეების რეცეპტის დროს აგრეთვე ამ რეცეპტის



ასრულებისას. კომისიამ გამოიმუშავა სქემა, რომელიც იყო შეფარდებული სხვა სამეცნიერო წყოსების აღნიშვნასთან და მისაღები მინების მკეთებელთათვის. ეს სქემა იყო წარდგენილი 1918 წელს ჰაიდელბერგში ოფთალმოლოგიური საზოგადოების 41-ლ კრებაზე (იხ. Bericht über die 41 Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft Heidelberg 1918. გვ. 294—307 მოხსენებები Greef-ის, Henker-ის და Weiss-ის) ამ სქემაში არის მიღებულ მათემატიკაში ჩვეულებრი დაყოფა  $O^{\circ}$ — $180^{\circ}$ -მდე. ამ სქემაში (იხ. ნახატი)  $O^{\circ}$  იწერება აღმნიშვნელისაგან მარჯვნივ,  $180^{\circ}$ —მარცხნივ, ე. ი. საათის ისრის მოწინააღმდეგე მიმდინარეობით. რაკალი ზემოდამთა. ამ სქემით მომზადებული მინა იხმარება როგორც მარცხენა თვალისთვის, აგრეთვე მარჯვენისათვის. არსებითად მაგვარია ბრიტანეთის ოფთალმოლოგისტების საბჭოს მიერ ნარჩევი სქემა, მხოლოდ აქ რაკალი ქვემოდამთა და ამიტომაც  $O^{\circ}$  იწერება იქ სადაც „Tabo“-ს სქემაში იწერება  $180^{\circ}$  და წინაუკმო.

ორივე სქემით აღნიშნული ღერძი იქნება ერთი და იგივე, რომელი რაკალის მიხედვითაც უნდა იყოს ის დაწერილი.

ამნაირად როცა სათვალეების რეცეპტში იქნება აღნიშნული  $120^{\circ}$ , მინა მომზადდება ერთი, რომელიც იქნება გამოსადეგი როგორც მარცხენა თვალისათვის, აგრეთვე მარჯვენისათვის, გამოწერილი იქნება ის ზემოდანი რაკალის მიხედვით, თუ ქვემოდანი. ამნაირად გერმანელების და ინგლისელების (აგრეთვე ამერიკელების) სქემა ერთი და იგივეა. ეს აღნიშვნა ადვილია, ჩვენთვის მისაღებია, რადგან უმეტესი ნაწილი სათვალეების მინებისა მოგვდის გერმანეთიდან. სხვა გვარი აღნიშვნა უნდა იყოს განდგენილი, თუმცა იგი გვხვდებოდეს იმგვარ წიგნებშიც, როგორც





არის 1923 წელს გამოსული პროფეს. გ. ო. ლ. ო. ვ. ი. ს. მშვენიერი სახელმძღვანელო „Клиническая Офтальмология“.

თუ რომელიმე მკურნალის სათვალეების სარჩევ ჩარჩოზე სხვაგვარი აღნიშნულება აქვს წარწერილი, ამის გასწორება დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს—მან უნდა გამოსტრას ქალაქ-დიდან რკალი მისი ჩარჩოს რკალის თანანაბარი და ზედ ზემოაღნიშნული დაყოფვა საკუთხარის (ტრანსპორტირის) საშვალეებით მოათავსოს.

ა. შ.

IV

ქ რ ო ნ ი კ ა.

— უნივერსიტეტის დოსტაქრებს შორის. ა. წ. 14 იანვარს შესდგა უნივერსიტეტის ქირურგიულ კლინიკების დოსტაქართა კონფერენცია, რომლის თავმჯდომარედაც არჩეული იქმნა პროფესორი გრიგოლ მუხაძე, მდივნებათ ორდინატორები მ. ტყეაძე (პროფ. ნ. კახიანის პრეპედევტიულ ქირურგ. კლინიკიდან), გ. ხეჩინაშვილი (პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკიდან) და ვ. ხაზარაძე (პროფ. გ. მუხაძის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკიდან. 1923—1924 სამოსწავლო წლის მეორე ნახევარში სულ შესდგა კონფერენციის 7 სხდომა, სადაც შემდეგი მოხსენებები იყო წარმოდგენილი:

- I. პროფ. ნიკ. კ ა ხ ი ა ნ ი ს პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკიდან:
    - 1) ე. ზაქარაია. ხორხის ექსტირპაციის მასალებისათვის.
    - 2) ჯაფარიძე. შარდის ბუშტის თიაქარი და მისი დაზიანება.
    - 3) ივ. ბურჯანაძე. თირკმელის პათოლოგიური ფუნქცია.
    - 4) კ. ერისთავი. პროპედევტიულ ქირურგ. კლინიკის ანგარიში მის დაარსების დღიდან.
  - II. პროფ. ალ. მ ა ჭ ა ვ ა რ ი ა ნ ი ს ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკიდან:
    - 1) ნ. ორლოვსკი. ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის 1923 წლის მუშაობის ანგარიში.
    - 2) ი. ასლანიშვილი. ენდემიური ჩიყვი საქართველოში.
    - 3) გ. ხეჩინაშვილი. მრავლობითი ეხინოკოკის ერთი შემთხვევა.
    - 4) ო. ჯავრიშვილი-მესხისა. Spondylos rhyzomilique Marie-Strümpel.
  - III. პროფ. გრ. მ მ ხ ა ძ ი ს ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკიდან:
    - 1) ანდრეევისა. შარდის ბუშტის ეტლაზია.
    - 2) ახმეტელი. ინფექციით გართულებული ქრონიკების უჩლო (უტამპონო) წამლობა.
    - 3) ვ. ხაზარაძე. ხერხემლის ტვინის ანესტეზია და მისი მნიშვნელობა ქირურგიაში.
    - 4) მ. ცხაკაია. ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკის 1923 წლის მუშაობის ანგარიში.
    - 5) თოდაძე. ნაწლავების კანქვეშ დაზიანების რამდენიმე შემთხვევა.
    - 6) გ. გაგუა. გაჭედილი თიაქარები.
- იბეჭდება და ახლო მომავალში გამოვა საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის დროგამოშვებითი ორგანო „საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის მოამბე“-ს პირველი ნომერი.
- გამოვიდა და იყიდება ზ. ბ ა ქ ა ძ ი ს მიერ შედგენილი: 1) ჰიგიენისა და ეპიდემიოლოგიის სახელმძღვანელო—სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტათვის. წიგნი დასურათხატებულია, სუფთად გამოცემული, შეიცავს 720 გვერდს და 5 მან. ღირს, 2) პროფესიონალური სნეულებანი—სადისერტაციო შრომა. შეიცავს 412 გვერდს, კარგადაა გამოცემული და 3 მან. ღირს, 3) მუშათა კლასის პროფესიონალური სნეულებანი. სუფთადაა გამოცემული, და შეიცავს 160 გვერდს და 1 მან. ღირს.
- ამ უამად ტფილისში იმყოფება ლენინგრადის სამკურნალო ინსტიტუტის პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკის გამგე—ჩენი თანამემამულე პროფესორი ჯ ა ნ ე ლ ი ძ ე.
- გამოვიდა „საქართველოს ჯანმრთელობის კომისარიატის მოამბე“-ს მორიგი 1924 წლის ივნისის ნომერი შემდეგი შინაარსით:
- 1) ს. გ. საყვარელიძე. მრავალჯერდღოვანი ორგანიზმის გამრავლება მორფოლოგიურ და



ბიოლოგიურ თვალსაზრისით, 2) კ. ლორთქიფანიძე. ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის შესახებ ხელოვნური პნემოთორაქსით, 3) ბ. თქრიაშვილი. შავშარდანი ცხელება Febris billiosa haemoglobinurica 4) ა. წულიკიძე. შუასაძგის თიაქრები და მათი სხვადასხვაობა, 5) კ. ერისთავი. Cysticerus (toenicoli?) hominis, 6) პროფ. ი. თიკანაძე ცალი კვერცხის ტყუპით ორსულობა, 7) მ. შალამბეგოვი შემთხვევა Dermatitis exfoliativa-სი Psoriasis Vulgaris-სის ნიადაგზე, 9) ა. კეკელია. აბორტიულ გზაზე სიფილისის წამლობის საკითხის შესახებ, 10) დამსახ. პროფ. ა. ანჭიშვილი. ფსიქიატრიული ექსპერტიზა საამართლოში, 11) პროფ. პ. მეხერნიკი. კლიმატოლოგია და ბალნეოლოგია აბასთუმანში, 12) რ. კუპციანი. შვიის მადნეული წყლები, 13) ს. აკენტიევი, მადნეული წყაროები შოვეში, 14) გ. ვარაზიშვილი. მურა ატროფიის პიგმენტი 15) მ. იასინოვსკი. ნერწყვის სხეულაკების წარმოშობის შესახებ, 16) დოცენტი ვლ. ჟდენტი. გლიომების შესახებ, 17) ნ. ვესელოვი. ქსოვილების კულტურა და ქსოვილი - ორგანოთა გადაწერვა.

ყურნალოში ზემოხსენებულ წერილების გარდა მოთავსებულია რეკერატები, აუტორეფრატები, ქრონიკა. შეიცავს 264 გვერდს და 2 მ. 50 კ. ღირს.

— გარდაიცვალენ: 1) ცნობილი ფიზიოლოგი პროფ. T i g e r s t e d t i (ჰელსინგფორსი) 2) გამოჩენილი იტალიელი პათოლოგ-ანატომი Marchiafava, ცნობილი თავის შრომებით მალარიის შესახებ; 3) პარიზში ბაქტერიოლოგი Marmorek'i, რომელმაც ამ 20 წლის წინეთ ანტი-ტუბერკულოზური შრატის მოამზადა, 4) ცნობილი ჰიგიენისტი პროფ. F l ü g g e (ბერლინიში), 5) ჰოლანდიელი ფიზიოლოგი H a m b a r g e r'i, რომელიც ბევრს მუშაობდა სისხლის წითელი ბურთულების ოსმოტიური გამძლეობის შესახებ. 6) საქმლის მომწელებელ ორგანოების სწეულებათა ცნობილი სპეციალისტი და რენტგენოლოგი E m m o S c h l e s i n g e r'i (ბერლინიში), 7) ქირურგიის პროფესორი P. H a c k e n b r u c h'i (ვისბადენში), 8) გარვარდის უნივერსიტეტის ორთოპედული ქირურგიის პროფ. R. W. L o v e t t'i (ლივერპულში), 9) ქირურგის პროფ. R o b e r t K e n n e d y (გლაზგოში), რუსეთში ამ ბოლო ხანში გარდაიცვალენ: 1) პროფ. Крaвкoв'и — ფარმაკოლოგი, 2) პროფ. Цикшинская — ბაქტერიოლოგი 2) პროფ. А. Данилевский — ფიზიოლოგოს-ქიმიკოსი, 4) ჩვენი თანამემამულე პ ა რ მ ე ნ ტ ე ი შ ვ ი ლ ი, ხარკოვის უნივერსიტეტის ფარმაციისა და ფარმაკოგნოზის პროფესორი და 5) М. Блюменау; ცნობილი მთარგმნელი და რედაქტორი ყურნალ „Практич. Медицина“სი, 6) პროფ. В. И. С л о в ц о в'и — ფიზიოლოგოს-ქიმიკოსი, ლენინგრადის ექსპერიმენტალური მედიცინის ინსტიტუტის ბიოქიმიურ განყოფილების გამგე.

— გერმანელ ნერვოპათოლოგთა საზოგადოების მორიგი ყრილობა შესდგება 24—26. IX-ს ინსბრუკში. მოხსენებები: 1) ნერვულ თანწყობის შთამომავლობითი სწეულებანი (Kehrer, Schaffer); 2) თანამედროვე მიმდინარეობანი კლინიკურ ფსიქიატრიაში (Bumke, Kleist).

— გერმანელ პედატრების მორიგი ყრილობა შესდგება 18—20. IX-ს ინსბრუკში. მოხსენებები: 1) ტუბერკულოზის იმუნობიოლოგია (Bessau); 2) ბავშთა ტუბერკულოზის კლინიკა (Engel); 4) გულმკერდის ღრუს რენტგენოლოგია ბავშთა ტუბერკულოზის დროს (Wimberger); მუცლის ღრუს რენტგენოლოგია ბავშთა ტუბერკულოზის დროს (Ruprecht).

— გერმანელ ეპიდემიოლოგთა საზოგადოების ყრილობა შესდგება 23-26. IX-ს ინსბრუკში.

— გამოკვეთებულ მრიცხველობის მიხედვით ჩრდილოეთ ამერიკის შეერთებულ შტატებში 724 მცხოვრებელს მოუდის ერთი მკურნალი.

— 1924 წლის დასაწყისიდან 24 მაისამდე ინგლისში აღნუსხულია ეპიდემიურ ენცეფალიტის 2733 შემთხვევა; უკანასკნელ 4 წლის განმავლობაში ყოველწრიურად ამ სწეულებით ავად ხდებოდა საშუალოდ 839 კაცი.

— 1923 წლის განმავლობაში ეგვიპტეში აღნუსხულია შავი ჭირის 1519 შემთხვევა, რომელთაგანაც მოკვდავნი 725 კაცი.

ბოლონიის უნივერსიტეტის ბიოლოგიაში საერთაშორისო ჯილდო მიუსაჯა პროფ. L e o w i l (Graz) ზომისათვის გულის ნერვების შესახებ.

